Nr. 42. 15. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. HENRYK HIGIER. Warszawa.

Z dziedziny djagnostyki i chirurgji rzadszych guzów kąta móżdżkowo-mostowego (*Chondromyxofibroma*).

Z oddziału chirurgicznego Szpit. Przem. Pańsk. Dra Zawadzkiego. (Według pokazu w Tow. Neurologicznem ze stycznia 1922).

Z licznego szeregu przypadków nowotworów kąta móżdżkowo-mostowego, jakie miałem możność spostrzegać i demonstrować w ciągu ostatnich 20 lat, opisuję poniższy, jako stanowiący w przebiegu swoim poniekąd wyjątek z reguły, bliżej wyjaśniony przez operację i badanie pośmiertne.

38 letni, dotychczas zdrowy, kupiec narzeka od pół roku na niepewność chodu. Żonę i dzieci ma zdrowe. Nigdy trunków nie nadużywał, kiły ani innych chorób nie przechodził. Stopniowo tracił słuch w lewem uchu i chód stał się niepewnym. Nigdy na bóle głowy, wymioty, zawroty i drgawki nie narzekał i do końca życia ich nie miał. Do szpitala przybył 25-go kwietnia 1921 r. (N. 553 Księgi Głównej).

Budowa ciała delikatna. Narządy wewnętrzne są prawidłowe. Tętno miarowe, 80 na minutę, ciepłota 36·5 c. Bolesności i zniekształcenia czaszki niema, odgłos opukowy czaszki wszędzie jednakowo tępy. Ruchy głowy wolne. W pozycji stojącej trudno choremu bez oparcia wykręcić głowę, aby nie wywołać zaburzenia w równowadze ciała. Oczopląs obrotowy i poziomy obu oczu we wszystkich kierunkach. Źrenice równe, oddziaływują żywo na światło i przystosowanie. Wzrok prawidłowy. Dno oka oraz pole widzenia nie zmienione. Lekki niedowład lewego nerwu twarzowego we wszystkich gałązkach z osłabieniem pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwu. Ruchy języka i szczęki, mowa i łykanie nie zmienione. Uczucie drętwienia lewej połowy ciała, szczególnie wybitne w twarzy i dziąsłach. Uczucie dotykowe i bólowe błon śluzowych jamy ustnej i języka po stronie lewej nieco jest osłabione. Smak na lewej połowie języka zniesiony.

Brak odruchu z lewej łącznicy i rogówki. Słuch lewego ucha zniesiony w przewodnictwie powietrznem i kostnem. Niedowład odwodzącego nerwu gałki lewej z dwojeniem odpowiedniem. Żadnych zmian widocznych ucha wewnętrznego. Ruchy kończyn oraz gruba ich siła zachowane, atoli niezgrabne, powolne i bezładne. Ataksja i adiadochokineza kończyn lewych. Chód ataktyczny, o typie móżdżkowym, bez zataczania się stale w jednym kierunku. Odruchy ścięgnowe i okostne są niezmienione.

Odruchy brzuszne i jądrowe obustronnie zniesione. Radiogram czaszki, w 2-ch kierunkach zdjęty, nie daje żadnych zmian ani w siodle tureckiem, ani w wyciskach palczastych (*impresiones digitatae*).

Mocz bez białka i cukru. Krew i płyn mózgowo-rdzeniowy nie dają odczynu Wassermanna.

Kilkomiesięczna obserwacja nie wykazała żadnego postępu. Leczenie swoiste zdawało się na początku działać pomyślnie na bezład i drętwienie twarzy.

R o z p o z n a n i e i u m i e j s c o w i e n i e cierpienia nie przedstawiały poważnych trudności i skłaniały do interwencji chirurgicznej. Miało się bowiem do czynienia z chorobą mózgu, stopniowo postępującą, której początek zauważył chory przed pół rokiem. Choroba zdążyła wywołać poważne spustoszenia: głuchotę lewego ucha, bezład ogólny tułowia z zataczaniem się, ataksję wybitną lewej połowy ciała i adiadochokinezę, drętwienie i osłabienie czucia lewej połowy ciała, zwłaszcza twarzy, brak odruchu z rogówki, dwojenie, oczopląs poziomy i obrotowy, niedowład lewego nerwu twarzowego z obniżeniem pobudliwości elektrycznej i zniesienie smaku w połowie języka.

Takie elektywne zajęcie nerwów 5, 6, 7 i 8-go z jednej strony świadczy odrazu o zajęciu środkowej jamy czaszkowej tejże strony, a postępujący rozwój sprawy chorobowej o procesie nowotworowym. Chodziło o ściślejsze określenie natury cierpienia i siedliska oraz wskazań do operacji. Brak w wywiadach kiły, a w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi odczynu Wassermanna oraz zdrowe rodzeństwo pozwalały wykluczyć kilak, mimo krótkotrwałej poprawy w toku leczenia swoistego.

Mało też prawdopodobną była sprawa gruźlicza ograniczona. Uderzał przez cały czas choroby brak objawów ogólno uciskowych, brak bólu głowy i zawrotów, wymiotów, tarczy zastoinowej i zaburzenia wzroku. Wszystko to, obok ujemnych wyników radiografji czaszki i względnie stacjonarnego stanu choroby przez kilka miesięcy obserwacji szpitalnej, dało pochop do przypuszczenia, iż guz jest nieduży, dobrotliwy, najprawdopodobniej włókniak, lub torbiel, tembardziej że objawy kliniczne zmuszały do umiejscowienia guza w lewym kącie móżdżkowo-mostowym, mieszczącym powyżej wspomniane 4 nerwy czaszkowe. W tym to kącie, jak doświadczenie kliniczne nas poucza, t. zw. guzy nerwu słuchowego (*Acusticustumoren*), mające za punkt wyjścia otoczkę łącznotkankową nerwu słuchowego, należą do rzeczy częstych, jak również, acz o wiele rzadziej, torbiele okolicy uchyłka słuchowo-móżdżkowego (*recessus acustic cerebellaris*), zarówno torbiele samoistne, stanowiące poniekąd uchyłki wrodzone komory czyli wodozbioru bocznego (*Cystis arachnoidalis lateralis pontis*), jak torbiele zapalne, znane jako zapalenie pajęczynowo-zlepne ograniczone albo surowicze (*Arachnitis cystica*).

Sprawa nowotworowa w samym móżdżku była mniej prawdopodobną wskutek braku zmian na dnie oka, w samym moście zaś — z powodu braku zaburzeń porażennych i rzekomo opuszkowych obustronnych.

Po kilkomiesięcznem spostrzeganiu przystąpiono do operacji dwuokresowej, dokonanej przez kol. Z a w a d z k i e g o metodą K r a u s e'go z otwarciem tylnej jamy czaszkowej w znieczuleniu miejscowem. Pierwszą operację chory wytrzymał dobrze, drugiej, dokonanej w tydzień później, wyczerpany chory nie przeżył długo, kończąc życie w stanie drgawkowym w kilka godzin po zabiegu.

Autopsja potwierdziła w zupełności rozpoznanie i umiejscowienie guza w lewym kącie móżdżkowo-mostowym. Okazał się on atoli znacznie większych rozmiarów, niż przypuszczano za życia, sądząc z braku objawów ogólnych. Guz wychodził z pochwy nerwu słuchowego i rósł w kierunku ku tyłowi aż do *foramen jugulare*, był miękki, konsystencji i wyglądu śluzowatego, poniekąd w budowie oddzielnych gron, lekko otorbiony, wielkości małego jaja kurzego; 3-cia i 4-ta komory były znacznie rozszerzone, na dnie 4-ej komory był wylew krwawy, który prawdopodobnie wywołał zejście śmiertelne.

Badanie nowotworu, dokonane łaskawie przez prof. S k u b i s z e w s k i e g o, wykazało, co następuje. Spoistość guza niejednakowa, konsystencja bardzo miękka, utkanie różnorodne, miejscami jednolite o powierzchni gładkiej szklistej, tu i ówdzie pasemkowate, zabarwienie miejscami brunatne lub śnieżnobiałe, guz łatwo kruszący się pod wpływem ucisku.

Przy badaniu mikroskopowem występuje na pierwszy plan tkanka jednolita, w której zanurzone są komórki okrągłe i pęcherzykowate, umieszczone w przestrzeniach o wyraźnej otoczce, dokoła której widać obramowanie, składające się z drobnych ziarenek. Są to ziarenka złogów wapiennych. Komórki ogromnie przypominają komórki roślinne, a z nowotworów są podobne do komórek chrząstniaka, t. j. nowotworu pochodzenia zarodkowego, przyczem leżącego w masie szklistej, spotykanej zazwyczaj w chrząstce.

Wśród tej masy jednolitej, w pewnych miejscach nader delikatnej i pasemkowatej, są rozsiane komórki gwiaździste, różnej wielkości, z długiemi i krótkiemi wypustkami (komórki śluzakowe).

Trzecie z kolei ogniska cechują się tem, że budowa szklista przechodzi w wyraźnie pasemkowatą, w której biegną naczynia o charakterze naczyń włosowatych, komórki tych ognisk są długie, wrzecionowate, wąskie i spłaszczone. Budowa więc nowotworu w tych miejscach ma charakter tkanki łącznej zarodkowej.

Jest to więc nowotwór, który powstał na skutek jakiegoś zboczenia rozwojowego, nowotwór złożony, mesenchymalny, powstały z jednego ciałka zarodkowego (*Chondro-myxo-fibroma congenitale*), prawdopodobnie ze środkowego listka zarodkowego.

Guzy te noszą, jak wiadomo, ogólną nazwę guzów kąta móżdżkowo-mostowego (H e n n e b e r g), lub zaułka (K l a r f e l d), nazwę nb. czysto topograficzną, która nie przesądza bynajmniej ich charakteru, a zwłaszcza pochodzenia. Prawdą jest, że większość, lecz nie wszystkie nowotwory zaułka i części przyległych mózgowia, pochodzą embrjologicznie (O r z e c h o w s k i) z przyśrodkowej ściany uchyłka bocznego (*recessus lateralis*), z t. zw. wtórnego wałka jamy czworobocznej, między tyło- a rdzenio-mózgowiem położonej. Nowotwory nerwu słuchowego nie zawsze są w ścisłej z nim łączności, często są one jedynie luźno spojone z jego pochwą lub szypułkowato na torebce jego usadowione. S t e r n b e r g nawet statystycznie na materjale z 26 guzów odnośnych do-

wiódł, że jedynie 16% miało organiczny związek z n. słuchowym. Możliwe jest, że guz u naszego chorego, jako potworność wrodzona, w swej budowie histologicznej rzadka, istniał długie lata, nie dając żadnych objawów klinicznych.

Przypadek nasz różnił się od guzów tylnej jamy czaszkowej, do których należy pod względem klinicznym, zasadniczo tem, że brakło w nim 3-ch głównych cech, prawie stale spotykanych: uporczywych bólów głowy z wymiotami, tarczy zastoinowej z osłabieniem wzroku i stałych zawrotów głowy. Nie dominowały też w obrazie, jak to bywa często, napady o typie Meniére'a, o typie bolesnych przykurczeń wyprostnych lub o typie omdlewań. Co prawda, zespół objawów miejscowych zupełnie wystarczał do rozpoznania i zlokalizowania guza, chociaż przyznać należy, że naogół chirurga mało obchodzi rozpoznanie różniczkowe między guzem samego móżdżka a guzem kąta móżdżkowo-mostowego, gdyż metoda operacyjna nie wiele się różni w obu przypadkach. Dla neurologa przemawiają *caeteris paribus* na korzyść kąta te okoliczności, że mimo wczesnej tarczy zastoinowej bóle głowy i wymioty są słabo wyrażone, że obok wybitnego zajęcia nerwu słuchowego cierpi nierzadko nerw trójdzielny i że przez ucisk na most są czasem zaznaczone przeciwległe objawy piramidowe. W naszym przypadku dane powyższe ułatwiły rozpoznanie i umożliwiły chirurgowi interwencję, co bywa rzadko, przed wystąpieniem objawów ogólnych.

Jeśli mam słówko powiedzieć o wynikach operacyjnych wogóle, to są one, sądząc z mojego materjału z ostatnich lat kilkunastu, bardzo mało zachęcające. Większość chorych umierała w dniu operacyjnym, jedynie dwoje dzieci wyzdrowiały zupełnie. I opisany wyżej chory, który wytrzymał ciężki pierwszy okres operacyjny pod znieczuleniem miejscowem, przeżył drugi okres tylko o kilka godzin i, jak wykazała autopsja, znalazł się wylew krwawy na dnie 4-ej komory. Ponura statystyka osobista jest tem smutniejsza, że wszystkie — z jedynym wyjątkiem — rozpoznania były wczesne i ścisłe, a operacja stale potwierdzała słuszność rozpoznania i wskazania do zabiegu, nawet gdy był dokonany przed wystąpieniem objawów uciskowych, jedynie decydujących o obecności nowotworu. Wiem, że są u nas szczęśliwsi, którzy mieli po kilka przypadków z pomyślnem zejściem, wprawdzie guzów otorbionych, ściśle odgraniczonych, nie dużych i doszczętnie usuwalnych.

Czego nas poucza statystyka klinik zagranicznych, które rozporządzają większym materjałem?

Według Marburga i Ranziego, którzy opracowali materjał mózgowy z kliniki wiedeńskiej Eiselsberga za ostatnie dwudziestolecie, na 27 chorych operowanych z powodu t. zw. *Acusticustumor* czyli guza móżdżkowo-mostowego, tylko 6-iu przeżyło zabieg.

Statystyka Leischnera 44-ch przypadków z piśmiennictwa wymienia 15-tu operacyjnie wyleczonych. Tooth wspomina o 24-ch operowanych, z których 7-miu przeżyło zabieg. Cabanis mówi o 6-iu operowanych, którzy przeżyli zabieg operacyjny lat kilka. Borchard na 7-miu operowanych wyleczył 4-ch. Bliżej mi nieznana ogromna statystystyka amerykańska Cushinga przytacza jeszcze lepsze wyniki.

Osobiście mam wrażenie, że 1) należy chorego umiejętnie układać do operacji, albo na brzuchu, albo też w pozycji stojącej, względnie siedzącej, z mocno przechyloną ku przodowi głową, 2) że pierwszeństwo należałoby dać dawnej metodzie tylnej Krause-Cushinga (obustronne otwieranie opony twardej nad móżdżkiem) przed metodą boczną Borchardta (usunięcie kości skalistej), anatomicznie racjonalniejszą i 3) że w celu uniknięcia traumatyzacji opuszki zadowalniać się należy częściowem wyłuszczeniem, jeśli guz jest zbyt duży, lub trudno dostępny. Przyczyną śmierci jest zazwyczaj wstrząs, obfite krwawienie i ucisk na leżący w pobliżu nerw błędny i jego jądra. Śmiertelne porażenie oddechowe występuje często podczas operacji, rzadko w kilka lub w kilkanaście godzin po operacji. Jak dalece bliskość opuszki wpływa na wynik zabiegu, dowodzi okoliczność, że operacja guzów przysadki mózgu (*hypophysis*) dała w klinice wiedeńskiej śmiertelność 20%, podczas gdy guzów kąta móżdżkowego wynosiła około 80%, mimo że i tu nie brakło chorych z poprawą 4, 5, 10 i 11-to letnią.

Sprawa wyżej poruszona jest ważna nie tylko z punktu widzenia teoretycznego, gdyż, według Cushinga, rozporządzającego największym odnośnym materjałem klinicznym, częstość guzów kątowych wynosi 7·3% wszystkich mózgowych, a 25% guzów tylnej jamy czaszkowej.

Bliższe szczegóły, dotyczące tej kwestji, znajdzie czytelnik w mojej pracy, ogłoszonej z tegoż oddziału chirurgicznego w 1913 roku w Gazecie Lekarskiej pod tytułem: »Śródbłoniak-piaszczak (*Endohelioma psammosum*) na dnie III-ej komory i torbiel międzyszypułkowa (*Cystis interpeduncularis*) na podstawie mózgu, naśladujące nowotwór kąta móżdżkowo-mostowego. Zabieg operacyjny«.

Doc. Dr. TADEUSZ OSTROWSKI. Lwów.

W sprawie podwiązywania tętnicy szyjnej wspólnej (*art. carotis communis*) i jej pni głównych.

Z oddziału chirurgicznego dla dzieci Szpitala państwowego we Lwowie. (Prymarjusz Doc. Dr. T. Ostrowski).

Bezwzględnem wskazaniem do podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej bywają jej uszkodzenia urazowe, grożące bezzwłocznem skrwawieniem się na zewnątrz, czy też na wewnątrz, a więc rany cięte, kłóte, postrzałowe itp. Wskazania te spotykamy jednak na stole operacyjnym nie często, nawet statystyki z ostatniej wielkiej wojny światowej nie przynoszą nam zbyt wielkich ilości takich przypadków, n. p. Rehn w r. 1915, na Zjeździe chirurgów niemieckich w Brukseli, omawiał tę sprawę i pośród 201 przypadków, w których z powodu rany postrzałowej wielkiego pnia tętniczego wykonano jego podwiązanie bezpośrednio po zranieniu, nie przytacza ani jednego przypadku podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej. Słusznie też zauważył wówczas Küttner, że zjawisko to tłómaczyć należy tem, że większość tego rodzaju rannych z uszkodzoną tętnicą szyjną wspólną ginie na miejscu zranienia z powodu skrwawienia się lub też zaduszenia, przy krwotoku wewnętrznym. Analogicznie na tą sprawę zapatrują się Haberer, Guleke, Goldammer i inni.

Daleko częściej wykonywano podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej w następstwie jej uszkodzenia, jednak nie bezpośrednio po wypadku, ale w okresach późniejszych, gdzie następowo wytworzyły się tętniaki urazowe.

Lenormant w r. 1921 przytacza 65 przypadków, gdzie z powodu tętniaka urazowego (po postrzale) w zakresie tętnicy szyjnej wspólnej wykonano podwiązania tej tętnicy, przyczem śmiertelność pooperacyjna wynosiła 20%, z tego znaczna część śmiertelnych przypadków wykazywała zaburzenia mózgowe, które wystąpiły po podwiązaniu tętnicy na ogół w 15.9%. Do omówienia tej sprawy wrócę jeszcze.

Trzecią wreszcie grupę przypadków, w których zachodzi wskazanie do podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej, stanowią te przypadki, w których mamy do czynienia z nowotworami złośliwemi w zakresie krążenia tętnicy szyjnej wspólnej; nowotwory te mogą być bądźto bezpośrednio zrośnięte ze ścianą tętnicy wspólnej, bądź też mogą być tak bogato unaczynione przez gałęzie tej tętnicy, że dla zatamowania krwawienia przy ich operacyjnem wyłuszczaniu, w specjalnych warunkach, może zajść potrzeba podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej; do tejże grupy zaliczyć można przypadki krwotoku, spowodowanego przez naddarcie tętnicy przez bujający nowotwór lub sprawę ropną, toczącą się w obrębie krążenia tętnicy szyjnej wspólnej.

Niedawno operowałem przypadek, dający się zaliczyć do tej trzeciej grupy, w którym przed wyłuszczeniem nowotworu złośliwego czaszki wykonałem zapobiegawczo podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z wynikiem pomyślnym. Ponieważ takie przypadki należą naogół do rzadkości, a sam zabieg podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej wymaga uzasadnienia, podaję go do wiadomości ogólnej.

Zgłosiła się do Szpitala Powszechnego, na oddział chirurgiczny dla dzieci, matka z córeczką K. Z., lat 2 licząca, podając

że od pół roku rośnie dziecku guz na głowie w okolicy skroniowej prawej. W wywiadach nie podała niczego, co by mogło stać w związku przyczynowym ze zjawieniem się tego guza. Stwierdziłem wówczas u dziecka, na swój wiek prawidłowo rozwiniętego i miernie odżywionego, na głowie po stronie prawej guz wielkości 2 dużych pięści dorosłego mężczyzny, zajmujący całą powierzchnię skroniową, przechodzący ku przodowi na brzeg oczodołu prawego, którego zarysy kostne były rozszerzone na zewnątrz i wciągnięte w obręb guza; ku tyłowi guz sięgał poza linję tylnego brzegu małżowiny usznej, która była na swej podstawie uniesiona; w dół guz sięgał poniżej łuku jarzmowego prawego, którego wyczuć nie można było — cała ta okolica była wypełniona utkaniem guza. Guz ten miał postać kulistą, powierzchnię gładką, jednolitą, skóra nad nim napięta, lśniąca, z siecią licznych porozszerzanych żył. Przy dotyku guz przedstawiał spoistość elastyczną, skóra nad nim dawała się nieco przesunąć; na podstawie guz był zupełnie nieruchomy, spojony z kośćmi czaszki. Tętnienia guz nie wykazywał, przy krzyku dziecka lekko się powiększał; przy nakłuciu próbnem otrzymałem z łatwością czystą krew. Badanie rentgenologiczne wykazało, że guz wychodzi z kości czaszki, powodując ubytek w czaszce wielkości 2 koronówki srebrnej; brzegi kostne dookoła ubytku były nieprawidłowe, zgrubiałe, wyrostkami swemi wchodziły w głąb utkania guza, które na zdjęciu rentgenowskiem przedstawiało się niejednolicie, wykazując miejsca o większem i mniejszem zaciemnieniu. Zniszczenie struktury stwierdzić można było w obrębie kości skroniowej, klinowej na jej powierzchni skroniowej, dalej łuk jarzmowy zniszczony był prawie w zupełności, a wyrostek czołowo-klinowy (*fronto-sphenoidalis*) kości jarzmowej, ograniczający od zewnątrz oczodół, przedstawiał nadżerki i rozdęcia, świadczące o wrastaniu w jego utkanie bujającego nowotworu. Badanie oka (prof. Dr. Bednarski) i ucha zmian nie wykazało; stwierdzono nieznaczne ograniczenie ruchów żuchwy, zależne od rozciągnięcia nadmiernego ponad guzem mięśnia skroniowego jakoteż od bujania nowotworu poniżej łuku jarzmowego w kierunku stawu żuchwowego i m. żwacza. Badanie jamy ustnej, nosa, jamy nosowo-połykowej zmian nie wykazało. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Tętno 84. Temp. prawidłowa. 19. IV 1921. w uśpieniu eterowem wykonałem podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej sposobem typowym, poczem wyłuszczyłem guz. Cięciem eliptycznem, którego górny początek sięgał linji skroniowej górnej mniej więcej w linji szwu wieńcowego, dolny zaś sięgał poniżej linji łuku jarzmowego, wycięto z największej wypukłości guza płat skórny owalny, poczem odsłonięto guz, siedzący szeroką podstawą na kościach czaszki w okolicy ciemiączka klinowego, przechodząc na otaczające je kości, a więc kości skroniową, klinową, ciemieniową; po oddzieleniu nożem resekcyjnym i skrobaczką guza od jego podstawy, odsłonięto kości: czaszki wyżej wspomniane; wobec stwierdzonych w nich zmian nowotworowych wycięto je kleszczami kostnemi Luera aż po za granice zdrowe, przyczem odsłonięto oponę twardą na przestrzeni wielkości srebrnej pięciokoronówki; opona wykazywała wyraźne tętnienie, a stwierdzone w niej zagłębienie, zależne od wpuklania się guza w kierunku do jamy czaszkowej, po usunięciu guza wyrównało się. W czasie całego zabiegu krwawienie było bardzo nieznaczne, jakkolwiek sieć naczyń krwionośnych, wrastających z otoczenia w utkanie guza była bardzo obfita. Po zeszyciu, rozszczepionego wzdłuż przebiegu włókien, mięśnia skroniowego, skórę zaszyto w zupełności, pozostawiając w dolnym kącie rany sączek. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Zaburzeń ze strony układu nerwowego nie stwierdzono po operacji żadnych. Badanie mikroskopowe (Zakład Anatomji Patol., Prof. Dr. Nowicki) wykazało utkanie nowotworu mieszanego (*Angio-fibro-chondro-osteosarcoma*).

Jak z przytoczonego opisu choroby widać, mieliśmy tu do czynienia z mięsakiem, wychodzącym z kości czaszki, który wrastał częściowo w kierunku do czaszki, głównie zaś na zewnątrz, rozrastając się na szerokiej podstawie kości czaszki w okolicy, odpowiadającej ciemiączku klinowemu, a więc w okolicy jamy skroniowej (*fossa temporalis*). Ze względu na to umiejscowienie guza w okolicy bardzo bogato unaczynionej, a także ze względu na charakter budowy histologicznej guza, który przy badaniu wykazywał cechy nowotworu bogato unaczynionego (powiększanie się guza przy krzyku dziecka, znaczna ilość krwi uzyskiwanej przy nakłuciu próbnem), należało obawiać się znacznego krwotoku przy operacji i z tego powodu zastosowałem podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej, chcąc zapobiedz krwawieniu z zakresu tętnicy szyjnej zewnętrznej, a także z zakresu tętnicy szyjnej wewnętrznej, wobec stwierdzonego wrastania nowotworu do jamy czaszkowej. Wynik zabiegu był bardzo dobry: krwawienie w czasie operacji było bardzo nieznaczne i pomimo podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej nie było żadnych zaburzeń mózgowych. Zdawaćby się mogło, że wynik ten mógłby dostatecznie usprawiedliwiać zasadę stosowania zapobiegawczego podwiązywania tętnicy szyjnej wspólnej; tak jednak nie jest, o czem przekonać się możemy, przeglądając statystyki oparte na liczniejszym materjale. Streszczając się, można powiedzieć, że podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej, jako zabieg wstępny przed wyłuszczaniem nowotworów, usadowionych w obrębie krążenia rozgałęzień tej tętnicy, nie jest dla chorego obojętne, przeciwnie może zagrażać życiu i może być tylko wyjątkowo stosowane przy uwzględnieniu specjalnych warunków.

Pierwszą wzmiankę o zapobiegawczem podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej spotykamy w pracy Adelmanna z r. 1844, który ten zabieg wykonał, jako wstęp do wypiłowania szczęki górnej, następnie zalecali go Reyher, Weljaminow i inni. Madelung w swej pracy doświadczalnej z r. 1874 wykazał niebezpieczeństwo tego zabiegu, opisując wypadek skrwawienia się następowego po wytworzeniu się krążenia okolnego, a także, omawiając sprawę zaczopowania naczyń mózgowych w następstwie powstających zakrzepów w podwiązanej tętnicy szyjnej wspólnej; na podstawie tych spostrzeżeń zalecił Madelung w odpowiednich przypadkach podwiązywanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Pomimo tego, Lesser w r. 1882 zaleca ten zabieg ponownie, jako pewniej zapobiegający krwotokowi, aniżeli podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Zestawienia Piltza, Subbotischa, Zimmermanna, Leforta i innych wykazują dobitnie niebezpieczeństwo podwiązywania tętnicy szyjnej wspólnej, a to ze względu na zaburzenia, występujące po tym zabiegu ze strony centralnego układu nerwowego. Zaburzenia te mogą występować w rozmaitem nasileniu: najsłabsze pod postacią bolu głowy, zawrotów głowy, upośledzenia słuchu, zwężenia źrenicy, zaburzeń w połykaniu i oddychaniu, zmian w czuciu, dalej, cięższe postacie jako porażenia połowiczne, dające nieraz poprawę, wreszcie najcięższe zaburzenia, pod postacią czerwonego lub żółtego rozmiękczenia mózgu, powodującego zejście śmiertelne według Brauna w 33% przypadków podwiązania tętnicy. Sprawa przyczyny tych zaburzeń była i jest przedmiotem wielu rozpraw i na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich była też rozstrząsana; istnieje szereg tłumaczeń. Jedni, jak Piltz, Guinard, Kocher, Moszkowicz, uzależniają te zaburzenia mózgowe od niedostatecznego krążenia ubocznego. De Fourmestraux uzależnia je od powstawania zakrzepów w rozgałęzieniach tętnicy podwiązanej na tle zakażenia, czemu Hartmann przeciwstawia swoje spostrzeżenia, gdzie porażenie połowiczne wystąpiło przy idealnie bezgnilnym przebiegu sprawy; podobnie wnioskuje Bäumler Fowler widzi przyczynę nie w samem podwiązaniu tętnicy, ale w uszkodzeniu nerwu błędnego, współczulnego lub też żyły jarzmowej. Zimmermann i Perthes tłómaczą powstawanie zaburzeń mózgowych mniej brakiem wyrównania krążenia okolnego, głównie zaś tworzeniem się zatorów w mózgu na tle zakrzepów w miejscu podwiązania, wobec uszkodzenia błony wewnętrznej naczynia. Zgadza się to naogół ze spostrzeżeniami klinicznemi, gdzie szczególnie ciężkie zaburzenia spostrzegamy u osób starszych z miażdżycą, przy której podwiązanie tętnicy szyjnej łatwo może dać znaczne uszkodzenie błony wewnętrznej tętnicy, a co dalej idzie, powstanie zakrzepu i zatoru tętnic mózgowych. Znany jest jednak fakt, że u 3-letniego chłopca wystąpiło porażenie połowiczne, co prawda, przemijające (Friedrich). Na ogół przeważa zdanie, że nie brak wyrównania krążenia okólnego, ale stan naczyń krwionośnych i zależna od tego zdolność powstawania zakrzepów odgrywa decydującą rolę w tej sprawie. Mianowicie spostrzeżenia, jakoby w wypadkach tych, gdzie podwiązanie tętnicy wykonano po pewnym okresie przygotowawczym, gdzie guz nowotworowy pomału zaciskał światło naczynia, lub też, gdzie celowo stosowano ucisk stopniowy z zewnątrz (Smoler, Quenu, Marquis), podwiązanie definitywne tętnicy szyjnej nie miało powodować zaburzeń mózgowych, okazały się nie ścisłemi. Wieck, a głównie Lenormant przeprowadził na licznym materjale własnym i danych z piśmiennictwa porównanie co do częstości występowania zaburzeń mózgowych w przypadkach, gdzie podwiązanie tętnicy szyjnej wykonano po pewnym okresie przygo-

towawczym, z przypadkami, gdzie zabieg wykonywano doraźnie. Okazało się, że różnicy pod tym względem niema; pomimo tego, że celowo dążono do uzyskania krążenia okolnego przed podwiązaniem ostatecznem tętnicy, zabieg ten równie często powodował zaburzenia mózgowe, jak i bez tych czynności przygotowawczych. Praktycznie rzecz biorąc, osobniki młode, bez zmian miażdżycowych są mniej narażone na niebezpieczeństwo po omawianym zabiegu, aniżeli osoby starsze, u których przy istniejących zmianach miażdżycowych, podwiązanie tętnicy wywołuje uszkodzenie błony wewnętrznej naczynia, wraz z powstającym w następstwie tego zakrzepem i zatorem naczyń mózgowych.

Wobec powyżej przytoczonego niebezpieczeństwa, grożącego przy podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej, zaleca wielu operatorów podwiązywanie w odnośnych wypadkach tętnicy szyjnej zewnętrznej (Schlatter, Rehn, Kocher, König jr., Quenu). Jednak materjał statystyczny tych autorów nie daje zbyt zachęcających rezultatów; po pierwsze, zabieg ten, jak i omawiany poprzednio, może nie dać pożądanego wyniku i nieraz trzeba było po podwiązaniu tętnicy zewnętrznej dodać podwiązanie tętnicy wspólnej (Schlatter, Smoler); po drugie, zabieg ten może być równie niebezpieczny i powodować zaburzenia mózgowe (Pozzi, Dubreuil, Gallandet). Wieting opisał przypadek podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej, który zakończył się śmiertelnie. Sekcja wykazała zator w mózgu, w podwiązanej tętnicy szyjnej zewnętrznej skrzep, który sięgał od miejsca podwiązania aż do tętnicy szyjnej wspólnej i do tętnicy szyjnej wewnętrznej; uszkodzenie błony wewnętrznej na miejscu podwiązania spowodowało wytworzenie się tak rozległego skrzepu, który, odrywając się z miejsca swego powstania, spowodował zaczopowanie tętnic mózgowych z zejściem śmiertelnem. Zalecane przez Königa i Sattlera podwiązywanie tętnicy szyjnej zewnętrznej w pewnej odległości od miejsca podziału tętnicy szyjnej (pomiędzy *art. thyreoid. sup.* i *art. lingualis*) nie daje też gwarancji co do omawianego powikłania. Widzimy z powyższych wywodów, że korzyści po omawianym zabiegu są bardzo wątpliwe, niebezpieczeństwa aż nazbyt wyraźne. Niektórzy autorzy stają w obronie tego zabiegu, dowodząc w ten sposób, że, dążąc do podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej przed wyłuszczeniem nowotworów złośliwych czaszki lub szczęki górnej, odsłaniamy leżące w sąsiedztwie tego naczynia gruczoły chłonne i, w razie stwierdzenia ich powiększenia, czy też podejrzenia co do obecności w nich przerzutów nowotworowych, możemy je usunąć i tem samem nadać operacji wyłuszczenia nowotworu cech zabiegu doszczętnego. Opierając się jednak na doświadczeniu klinicznem, zaznaczyć tu wypada, że nowotwory złośliwe, czy to czaszki czy to szczęki górnej, najczęściej wpierw przyjmują cechy guzów nienadających się do operacji ze względu na ich wzrost i warunki miejscowe, a dopiero w okresach najpóźniejszych dają przerzuty do sąsiednich gruczołów chłonnych. Dodam tu jeszcze, że odsłanianie okolicy tętnicy szyjnej zewnętrznej w celu poszukiwania za gruczołami chłonnemi może być zabiegiem dla chorego nie obojętnym, zwłaszcza w przypadkach nowotworu szczęki górnej. Nie mówiąc o tem, że najczęściej, w myśl wyżej wspomnianego, nie znajdziemy tam przerzutów nowotworowych, szczególnie dla chorych z wypiłowaną szczęką górną, a więc z uszkodzonym przez operację tą aparatem nosopołykowym, dodatkowe uszkodzenie okolicy dna jamy ustnej i szyi, przez odsłanianie okolicy tętnicy szyjnej nie może mieć bezpośrednio dodatniego wpływu. Chory po wypiłowaniu szczęki górnej, z uszkodzonem podniebieniem miękkiem, nieprawidłowo połyka, przy kaszlu zakrztusza się; jeżeli dodamy do tych zaburzeń nowe, zależne od uszkodzenia dna jamy ustnej i okolicy tchawicy w sąsiedztwie tętnicy szyjnej zewnętrznej, warunki rekonwalescencji pogorszą się, wiemy bowiem dobrze, jaką rolę w etjologji powikłań pooperacyjnych po wypiłowaniu szczęki górnej odgrywają zaburzenia w połykaniu, odkaszliwaniu itd.

Nie wynika jednak z powyższych słów, abym w przypadku nowotworu szczęki górnej, nadającego się do wypiłowania, a powikłanego przez macalne gruczoły na szyi, zalecał powstrzymanie się od ich wyłuszczenia, przeciwnie, odsłonięcie ich i wyłuszczenie będzie obowiązkiem naszym. Dla zmniejszenia jednak niebezpieczeństwa zabiegu zaleciłbym operację dwuczasową; na pierwszem posiedzeniu należałoby w znieczuleniu miejscowem wypiłować szczękę wraz z nowotworem, a po upływie 7—10 dni, kiedy już minie okres czasu dla chorego najniebezpieczniejszy, ze względu na powikłanie pooperacyjne, wówczas należałoby wyłuszczyć gruczoły chłonne; korzyść z dwuczasowego operowania może być też jeszcze i ta (co prawda mogę ją tylko teoretycznie popierać), że przez ten czas przerzuty z pierwotnego ogniska nowotworowego zdążyły już drogą naczyń chłonnych przeniknąć do swej pierwszej stacji zbornej; usuwając wówczas gruczoły chłonne, z wszelkiem prawdopodobieństwem, nie zostawiamy przerzutów nowotworowych w drogach pośrednich tj. naczyniach chłonnych, których przy wypiłowaniu szczęki górnej w ciągłości z pierwotnem ogniskiem nowotworowem usunąć nie możemy.

Jak z powyższego widać, podwiązywanie tętnicy szyjnej wspólnej, jako zabieg wstępny przed wyłuszczaniem nowotworów czaszki i szczęki górnej, nie zasługuje na to, aby zyskać w chirurgji prawo obywatelstwa. Sądzę, że tylko w wyjątkowych okolicznościach można go zastosować, a mianowicie przedewszystkiem u dzieci i ozdrowieńców bardzo młodych, u których stan naczyń krwionośnych pozwala przypuszczać, że podwiązanie wykonane *„lege artis“* nie wywoła zmian na błonie wewnętrznej, mogących powodować powstawanie rozległego zakrzepu. Jako wskazanie do podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej uważam nowotwory złośliwe czaszki lub szczęki górnej, stojące na granicy *»operabilitatis«*, gdzie wyłuszczanie guza samo przez się przedstawia już sporą dozę ryzyka, budowa zaś anatomiczna guza każe spodziewać się znacznego krwawienia w czasie operacji. Spostrzeżenia kliniczne dają nam podstawę do przypuszczenia, że z powyższemi warunkami spotkamy się stosunkowo rzadko; nowotwory szczęki górnej najczęściej operujemy u osób starszych; wykonując zabieg bez podwiązania tętnicy szyjnej, natomiast w znieczuleniu miejscowem, bez usypiania, usuwamy główne niebezpieczeństwo, złączone z operacją wypiłowania szczęki górnej, a więc zachłyśnięcie się spływającą obficie krwią z następowem zapaleniem płuc.

Pozostają więc głównie nowotwory czaszki u dzieci, bogato unaczynione, gdzie przystęp do podstawy guza jest topograficznie ciężki i opanowanie krwotoku, z powodu sąsiedztwa gęstej sieci naczyń krwionośnych, trudne. Jako przykład mogę wskazać przypadek powyżej opisany.

Piśmiennictwo.

1. Adelmann. Untersuchungen über krankhafte Zustände der Oberkieferhöhle. — 2. Bade. Beitr. Bruns'a T. 74. — 3. Braun. Archiv. f. klin. Chir. T. 19. — 4. Fourmestraux. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1907. — 5. Fromme. Beitr. Bruns'a T. 105 r. 1917. — 6. Goldammer. Beitr. Bruns'a T. 106 r. 1917. — 7. Gulеke. Lehrbuch d. Kriegschirurgie. Borchard i Schmieden 1917. — 8. Haberer. W. klin. W. 1916. — 9. Hartmann. wedł. Lenormant'a. — 10. König Fr. Archiv f. klin. Chir. 61. — 11. Kuttner. B. klin. W. 1916 Nr. 5 i 6. — 12. Lenormant. Journ. de Chir. T. 17. Z. 2 r. 1921. — 13. Lesser. Zbltt f. Chir. 1883. — 14. Le Fort. Bull. de l'Acad. de Med. 1917. — 15. Madelung. Archiv f. klin. Chir. T. 17. — 16. Marquis. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1918. — 17. Morestin. Bull. et. Mém. de la Soc. de Chir. 1915. — 18. Perthes. Zbltt. f. Chir. 1920 Nr. 21. — 19. Pozzi. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1915. — 20. Piltz. Archiv f. klin. Chir. T. 9. — 21. Quenu. Bull. et. Mém. de la Soc. de Chir. 1915. — 22. Rehn. Beitr. Bruns'a T. 112 Z. 4. — 23. Riese. D. med. W. 1896. — 24. Smoler. Beitr. Bruns'a T. 82. — 25. Subbotisch. D. Zeitschr. f. Chir. 1914. — 26. Schlatter. Beitr. Bruns'a T. 30. — 27. Wieting. D. Zeitschr. f. Chir. T. 90. — 28. Wieck. Beitr. Bruns'a. T. 118. — 29. Zimmermann. Beitr. Bruns'a T. 8. r. 1891. — 30. Zahradnicky. W. klin. W. 1915 Nr. 37.

Z praktyki.

Dr. JAN DEHNEL. Będzin.

O rzadkiem powikłaniu duru osutkowego *).

Podczas sześcioletniego pobytu na Syberji i pracy w szpitalach wojskowych miałem sposobność spostrzegać epi-

*) Część referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego w Marcu r. 1922.

demje duru osutkowego i powrotnego, panujące w latach 1918 do 1921 w różnym stopniu. Charakter epidemij zmieniał się w miarę zmiany stosunków ekonomicznych, społecznych i politycznych, podczas wojny domowej na Syberji (czasy Kołczaka i bolszewików). Chorzy przywożeni do szpitali z frontów w wagonach towarowych, nieopalanych (podczas surowej zimy), wygłodzeni, ledwo odziani, znajdowali przytułek w szpitalach. Szpitale nie miały dostatecznej liczby łóżek i ledwo zasługiwały na miano szpitali. Straszne wrażenie robił nieład, brudy i niedbalstwo; chorzy nagromadzeni, pokryci wszami, nie posegregowani należycie, męczyli się na niewygodnych łóżkach nieraz po dwóch na jednem. Brak kąpieli, bielizny, słomy, okropne żywienie, brak opału, oto braki spowodowane przez nieudolność władz rosyjskich. Służba sanitarna w imię swobody i wolności nie chciała nic robić; co prawda, przykład szedł z góry. W tych warunkach szpitalnych grasowała epidemja duru bardzo złośliwa ze śmiertelnością do 40%, nie szczędząc lekarzy i niższej służby sanitarnej. W szpitalu, w którym pracowałem na początku 1920 roku, z 12 lekarzy zachorowało na dur osutkowy 10, a pięciu zmarło. W ciągu 1920 i w początkach 1921 r. miałem sposobność spostrzegać częste i rozmaite powikłania duru osutkowego i powrotnego (głównie pierwszego, chociaż chorzy często przechodzili obydwie choroby).

Z powikłań tych wspomnę o róży, zapaleniu gruczołu przyusznego, ropniach podskórnych (w związku z wstrzykiwaniem), o zapaleniach żył, zgorzeli kończyn, spowodowanej raczej odmrożeniem, aniżeli zgorzelą pochodzenia czysto durowego. Wspomnieć też muszę o ropnych zapaleniach około przełyku w głębokich warstwach szyi, powodujących gwałtowne zwężenie krtani i kończących się śmiercią pomimo tracheotomji i obszernych nacięć. W tym czasie miałem sposobność spostrzegać 28 przypadków dosyć charakterystycznego, a nie opisanego w dostępnem mi piśmiennictwie, cierpienia chrząstek żebrowych, żeber i mostka. Tylko w chirurgji angielskiej Choie'a i djagnostyce chirurgicznej de Quervain'a jest wzmianka króciutka o podobnych cierpieniach po durze. Tych 28 przypadków zapaleń żeber, chrząstek żebrowych i mostka należy do późnych powikłań duru. Niektórzy z chorych przebyli dur osutkowy i powrotny.

Zmiany widoczne występują w kilka tygodni po durze w postaci nacieków na chrząstkach i żebrach wielkości orzecha laskowego do jaja kurzego, niekiedy jeszcze większe, czasem pojedyńcze, częściej w kilku miejscach na chrząstkach i żebrach dolnych, zawsze na przedniej ścianie klatki piersiowej i mostka. Po pewnym czasie, blada skóra z lekka czerwienieje, tworzy się przetoka z nieznacznem ropieniem. Przy tworzeniu się tych zmian w większości przypadków stan ogólny jest dobry, czasem nieznaczne podniesienie ciepłoty i bóle niezbyt wielkie, wzmagające się przy forsownych ruchach; tylko przy większych naciekach i przetokach ropienie bywa większe, silniejszy odczyn i bóle czasem dotkliwe. Pierwszy przypadek tego cierpienia widziałem u sanitarjusza w dwa miesiące po przebyciu duru. Na pierwszy rzut oka miałem wrażenie dużych, ropiejących czyraków, jednak po zbadaniu wygląd, charakter ropy, kształt nacieku przemawiały za inną sprawą. Przy badaniu zgłębnikiem dochodziłem dosyć głęboko w tkanki, przyczem zgłębnik wskazywał mi zygzakowaty kierunek przetok; do kości jednak nie dochodziłem. Po wyskrobaniu łyżeczką ranki się oczyszczały, nawet nastąpiło jakby zabliźnianie, ale bardzo prędko przetoki się otwierały i wtenczas zgłębnikiem dochodziłem do nierównej kości i chrząstki. W tym czasie, w drugim oddziale szpitala pokazano mi kilka podobnych przypadków, tylko z naciekami znacznie większemi w rozmaitych okresach rozwoju.

Lekarze oddziału stosowali łyżeczkowanie i wstrzykiwania jodoformu i mentolu w eterze, ale pomimo zapewnień o skuteczności tego leczenia chorzy miesiącami pozostawać musieli w szpitalu, nacieki nie zmniejszały się, ropienie trwało. Radziłem zerwać z leczeniem zachowawczem i operować doszczętnie. Sam operowałem kilka przypadków lub asystowałem przy operacjach. Po szerokiem nacięciu nacieku dochodziłem do obnażonych chrząstek lub żeber, a po oddzieleniu miękkich części spostrzegałem w kości lub chrząstce różnej wielkości okrągławy otworek z nieznacznem ropieniem. Po rozszerzeniu zgłębnik wnikał w rozmiękłe tkanki i często przechodził do wewnętrznej powierzchni, po której obnażeniu widać było, że przy małym wewnętrznym otworze w kości lub chrząstce sprawa zniszczenia szerzy się wzdłuż żebra i chrząstki, dosięgając wewnętrznej strony. Nieraz otwory nie leżą na jednej linji, zniszczenie jest większe na wewnętrznej powierzchni, a sprawa niszcząca chrząstki i kości sięga dosyć daleko; niekiedy z jednego nacieku przechodzi się przez zmienione widocznie tkanki miękkie do drugiego. Tylko obnażenie zmienionych części, wycięcie zmienionych żeber i chrząstek, wyskrobanie nacieków daje wyleczenie prędkie i trwałe.

Przy badaniu wyciętych kawałków żeber widać było, że szpik kostny był zajęty sprawą ropną na przestrzeni większej lub mniejszej. Takich przypadków było 28 — na 200 chorych chirurgicznych w szpitalu, odsetek dosyć znaczny. W klinice chirurgicznej w Tomsku, operowano kilka podobnych przypadków. Przy badaniu wydalonych części znaleziono zwykłe bakterje ropne. Zdaje się, że początek sprawy odbywa się w szpiku kostnym, skąd sprawa przechodzi na żebra i *per continuitatem* na chrząstki, gdzie wskutek słabego ukrwienia doprowadza do większego zniszczenia tkanki. Że cierpienie to należy do rzadkich, że ta *chondritis et ostitis posttyphosa* nie często była spostrzegana, przekonał mnie przypadek tego rodzaju, operowany w klinice prof Mysza w Tomsku. Doskonały chirurg i doświadczony lekarz prof. Mysz, mając pierwszy raz taki przypadek podczas epidemji duru, operował go jako gruźlicę. Po otwarciu ogniska na żebrach i chrząstce w tej chwili wyrzekł: »Ależ to nie gruźlica!«. Po operacji zakomunikowałem mu, że widziałem kilkanaście takich przypadków. Zainteresował się tą sprawą i zgodził się na moje wywody, że sprawa wychodzi ze szpiku kostnego, a stąd przechodzi na żebra i chrząstki.

Przegląd piśmiennictwa.

Położnictwo.

Gynaecologie et obstetrique Année 1921.

Tome IV.

Prof. Bylicki. **Przyczynek do biologji płodu.** Artykuł drukowany w języku polskim.

H. Fleurent. **W sprawie pęknięcia macicy.** Autor opisuje dokładnie pięć przypadków pęknięcia macicy w czasie ciąży i porodu. Każde z tych pęknięć odbyło się w inny sposób i miało różny przebieg.

1) Ciężarna piąty raz, w ósmym miesiącu księżycowym, doznaje bardzo silnego urazu w dolną część brzucha, przyczem traci przytomność. Badanie i zabieg operacyjny na trzeci dzień po wypadku stwierdza — przy braku zewnętrznych obrażeń — pęknięcie macicy zupełne z płodem w wolnej jamie brzusznej. Wyjęcie jaja płodowego, zaszycie macicy dwupiętrowo. Przypadek ten należy do bardzo rzadkich, gdyż urazy zewnętrzne, bez zranienia powłok, wywołują zwykle odklejenie łożyska; a jeżeli już przychodzi do pęknięcia, to raczej do podłużnego, a nie poprzecznego rozdarcia, jak w przypadku opisanym. Kobieta ta urodziła w rok potem samorodnie dziecko zdrowe donoszone.

2) U wieloródki dziewiąty raz ciężarnej, w dziewiątym miesiącu ks. z miednicą prawidłową (ostatnia ciąża polyhydramnios 20 litrów), nagle, wśród silnych bólów, przy stojącym pęcherzu płodowym i ujściu otwartem zaledwie na dłoń dziecka, nastąpiło pęknięcie macicy. Pęknięcie to było bardzo rozległe w kształcie litery T odwróconej. Macicę wyjęto, wyleczenie. Przypadek ten ciekawy z tego powodu, że pęcherz płodowy był utrzymany i dolny odcinek nierozciągnięty. Możliwem zdaje się przypuszczenie, że nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicznego w ósmej ciąży wywołało małą odporność macicy. Zmian jednak histologicznych w mięśniu macicznym nie znaleziono.

3) i 4) Przypadki pęknięcia macicy, wywołane przez lekarza podczas porodu. Pierwsze, przy obrocie na nóżkę — niezupełne, leczone tamponadą. Drugie, pęknięcie zupełne, z wypadnięciem jelit do pochwy, wywołane narzędziem ostrem

przy trepanacji głowy dziecka. Drugi przypadek leczony operacyjnie; wyjęcie macicy, oba skończyły się śmiercią.

5) Przypadek, w którym lekarz, po kilkakrotnem zakładaniu kleszczy u wieloródki, wyciąga dziecko nieżywe. Ponieważ łożysko zaraz nie wyszło, postanowił wyjąć je ręcznie, aby »skończyć«. Zamiast je odkleić, zrobił dziurę w macicy, przez którą dostał się ręką do jamy brzusznej, oddarł znaczną część jelita cienkiego, prawie całe grube od krezki. Chora skrwawiona, bez tętna, przewieziona do szpitala, zmarła wkrótce po operacji.

W końcu artykułu omawia autor epikrytycznie te pięć przypadków i dochodzi do przekonania, że jedynem racjonalnem leczeniem w podobnych przypadkach jest laparotomia i to według zmian spotkanych: szew lub wyjęcie macicy zupełne, względnie amputacja.

B a r d o n: **Krążenie tętnicze we włókniakomięśniakach macicy.** Wyniki dotychczasowych badań, opartych na preparowaniu mięśniaków, pozwalały przypuszczać, że naczynia tych guzów dadzą się podzielić na trzy typy:

1) Tętnica maciczna rozwija się na powierzchni guza, a jej gałązki wnikają do wnętrza. 2) Tętnica maciczna wnika do guza i tam się rozdziela lub 3) tętnica odżywcza wnika do samego środka i tam dzieli się na trzy gałązki.

Dla rozwiązania typu ukrwienia mięśniaków, posługiwał się autor nastrzykiwaniem mięśniaków substancją nieprzepuszczającą promieni X (Minium 300 gr, olej lniany 100 gr, esencja terpentynowa 20 gr). Nastrzykany guz cięto na płytki 2—4 milimetrowe i fotografowano rentgenologicznie.

Na podstawie badania tych płytek, stwierdza autor w mięśniakach podwójny typ krążenia tętniczego: powierzchowny i środkowy. Pierwszy bardzo obfity pozostaje w związku z krążeniem macicznem przy pomocy licznych połączeń naczyniowych. Drugi, środkowy, jest reprezentowany przez jedną tylko tętnicę typu końcowego, której rozgałęzienia zmniejszają się coraz bardziej -- w miarę zbliżania się do obwodu guza.

Jak przy tego rodzaju unaczynieniu tłómaczyć sobie możemy obumieranie mięśniaków macicy? Na to pytanie odpowiada B. dwoma przykładami nekrobiozy mięśniaków, w których spostrzegał zupełny brak unaczynienia środkowego, gdy sieć naczyń powierzchownych była bardzo obfita.

W e b e r: **W sprawie krwotoków do otrzewnej wskutek pęknięcia żylaków okołomięśniakowych.** Cztery przypadki krwotoków śródotrzewnych z pęknięcia żył na włókniakach podsurowiczych, które ogłosił Chalier i Morenas, i dziewiętnaście zebranych przez autora, daje mu podstawę do zastanowienia się nad etjologją tychże krwotoków. A więc nadmierny rozwój żył, któremu towarzyszy zanik tkanki elastycznej w ich ścianach, przekrwienia z powodu skrętu szypuły, a wreszcie przypływ miesiączkowy usposabiać mają do pęknięć naczyń. Oprócz tego, wszelkiego rodzaju urazy spowodować mogą pęknięcie zmienionych żył.

C o l i e r. **Sztuczna odma otrzewna w ginekologji.** Na rycinach objaśnia C. możliwość rozpoznawania zmian chorobowych w macicy, jajowodach i jajnikach przy pomocy sztucznej odmy brzusznej.

Metoda ta dość skomplikowana, wymagająca odpowiedniego instrumentarjum (stojaki rentgenologiczne, ruchome stoły) jest we Francji dopiero w początkach rozwoju, w okresie doświadczeń, może jednak przynieść, zwłaszcza w przypadkach bardzo zawiłych, duże usługi w ginekologji.

W czterech ułożeniach Trendelenburga przy odpowiedniem nastawieniu lamp, możliwe jest prześwietlanie miednicy małej. C. wtłacza do jamy brzusznej przy pomocy trójgrańca Kussa jeden do dwóch litrów tlenku węgla, który wypycha pętle jelit ku górze, odsłaniając zawartość miednicy małej. Żadnych powikłań autor przytem nie spostrzegał. Inni autorowie posługują się w tym samym celu tlenem, który wsysa się powoli, 3—4 dni, może jednak mieć znaczenie lecznicze. Amerykanin Rubin wtłaczał gaz do jamy brzusznej przez macicę i stwierdzał równocześnie tym samym zabiegiem drożność lub niedrożność jajowodów. Wreszcie sztuczna odma brzuszna może oddawać pewne usługi przy leczeniu rentgenologicznem lub radjologicznem, usuwając jelita poza obręb miednicy małej, i chroniąc je w ten sposób od niepotrzebnego wpływu promieni X.

J. Szymanowicz (Kraków).

Laryngologja.

Nowiny Lekarskie.
Rocznik 34. Zeszyt 2.

A. J u r a s z sen. **O ewolucyjnych i inwolucyjnych zmianach krtani w obrazie klinicznym.** Ewolucja i inwolucja krtani przedstawiają szereg zmian, których znajomość jest niezbędna dla uniknięcia błędów rozpoznawczych, niewłaściwego leczenia, oraz uchronienia chorego od często niepowetowanych szkód we właściwościach muzycznych głosu. Chodzi nie tylko o to, aby w okresie tak ważnym, jak mutacja głosu, zjawisko to należycie ocenić i ująć, ale, by i wtedy, gdy czynność krtani w wieku późniejszym ma się już ku schyłkowi, przez odpowiednie zabiegi, sprawność jej możliwie przedłużyć. Budząca się czynność gruczołów płciowych jest tem zjawiskiem, które, nadając całemu organizmowi pełniejszą linję, życiu psychicznemu nowe pierwiastki, wyprowadza organ głosowy ze stanu pod względem anatomicznym i fizjologicznym obojętnego, obdarzając go cechami właściwemi danej płci. Zjawisko to zachodzi między 13. a 15. rokiem życia. Wówczas to zaczyna znikać owa równoległość pod względem anatomicznym i fizjologicznym, a także i muzycznym, kiedy głos, zarówno chłopców, jak i dziewcząt, obejmuje $1\frac{1}{2}-2$ oktaw, a ma cechę wysokiego względnie niskiego sopranu, z nieco tylko inną barwą u chłopców (większa pojemność płuc i sprężystość tkanek), — a w miejsce jej wytwarzają się dwa odrębne typy krtani: męski i żeński.

Okres ten, zwany okresem mutacji głosu, trwa od 6ciu miesięcy do 3 lat. U chłopców przebiega w sposób burzliwy. Wskutek nagłego i obfitego dopływu krwi wszystkie części krtani okazują zaczerwienienie i rozpulchnienie błon śluzowych; chrząstki zaczynają w szybkiem tempie rosnąć, tężeć i zbliżać się do postaci ostatecznej. Wnętrze krtani zaczyna zyskiwać na rozmiarach, struny głosowe zaś na długości, czynność fizjologiczna natomiast pozostaje w tyle, nie jest zdolną do tak prędkiego przystosowania się do nowych warunków anatomicznych. Stąd też sprawność przy zamykaniu głośni i napinaniu więzadeł okazuje się niewystarczającą: mutujący skarży się na chrypkę lub bezgłos, niekiedy okazuje charakterystyczną postać bezładu głosowego, wydobywając głos mało dźwięczny, to o fistułowej wysokości, to opadający do barytonowej lub basowej niskości. Powoli objawy te ustępują; z dysharmonji muzycznej wyłania się głos czysty i dźwięczny, — tenor, gdy poprzedzał go wysoki sopran, zaś baryton lub bas w miejsce niskiego sopranu przed mutacją.

Mutacja u dziewcząt nie przebiega tak burzliwie. Odpowiednio do mniej nasilonych zmian anatomicznych, zaburzenia głosowe nie są tak wybitne. Przytłumienie czystości brzmień, łatwość znużenia wśród mowy lub śpiewu, trudności w wydobywaniu zamierzonych tonów, rzadziej chrypka, stanowią szereg objawów, których wytłumaczenie daje nam również obraz laryngoskopijny, wykazujące niedostateczną czynność w zamykaniu głośni i napinaniu więzadeł. Wkrótce jednak objawy te znikają, a głos o 1 lub 2 tony obniżony, okazuje czystość i miękkość w skali sopranu, względnie mezzo-sopranu lub altu. Od tej normalnej linji rozwojowej zachodzą jednak u chłopców niekiedy odchylenia, — mutacja przeciąga się ponad 3 lata, chrypka nie ustaje, a jednak nie jest niczem innem, jak ciągle tylko objawem mutacji, w tym przypadku ponad normę przedłużonej, — mutatio prolongata. Również powtórna mutacja, — mutatio secundaria, — zachodząca niekiedy około 20 r. życia, powinna wchodzić w rachubę przy rozpoznawaniu. Wreszcie niejednokrotnie zaburzenia w rozwoju i czynności krtani należy rozpatrywać pod kątem korelacji między funkcją gruczołów płciowych a czynnością i postacią krtani. Błędy rozpoznawcze, popełnione odnośnie do okresu mutacji głosu, jak również i zaniedbywanie w tym okresie przepisów higjenicznych prowadzą do dwóch chorobowych następstw: utraty dźwięczności i przymiotów muzycznych głosu i do nawyknienia fistułowego. W pierwszym przypadku systematyczna gimnastyka głosu oraz leczenie przewlekłego nieżytu krtani może sprowa-

dzić poprawę; w drugim przez ćwiczenie woli, nakłanianie osobnika do używania niskiego głosu, daje się po szeregu ćwiczeń głos ustalić. Inwolucja krtani doprowadza z czasem do podwyższenia głosu u mężczyzn, obniżenia go u kobiet z równoczesną utratą walorów muzycznych, czemu jednak zapobiedz można przez odpowiednie ćwiczenie i pielęgnowanie głosu. Znajomość zatem zasad higjeny głosu i tu okazuje się pożyteczną, zwłaszcza, jeżeli chodzi o zawód, wymagający znacznej sprawności głosowej, a już osobliwie staje się ta sprawa ważną, gdy dotyczy młodzieży w wieku szkolnym.

(Zeitschr. fuer Laryngol. Rhinol u. ihre Grenzgeb.)
T. I. Zeszyt 2.

Prof. Jurasz sen. **Podskórne oderwanie się krtani z ukośnem skręceniem skutkiem zasypania.** Nader rzadki, a może jedyny, przypadek podskórnego oderwania się krtani ze skręceniem tejże, zaszedł u pewnego żołnierza, u którego wskutek zasypania ziemią po wybuchu granatu nastąpiło gwałtowne przemieszczenie krtani, widoczne już na zewnątrz przy zwykłem oglądaniu, wyraźniejsze przy badaniu dotykiem, ze zmienionym obrazem laryngoskopijnym. Z objawów należy wymienić trudności przy połykaniu i duszność podczas prędkiego chodzenia lub przegięcia głowy ku przodowi, z zachowaniem natomiast normalnej fonacji. Przy oglądaniu zauważa się wybitniejsze zagłębienie prawego dołu nadobojczykowego z rozszerzeniem na lewo; przy zwrocie głowy na lewo brak napięcia mięśniowego, odpowiadającego przebiegowi prawego mięśnia mostko-sutko-obojczykowego; wygładzenie części środkowej szyi poniżej kości gnykowej oraz guz wielkości małego jabłka, sterczący tuż powyżej mostka. Dotykiem stwierdza się przerwanie prawego mięśnia mostko-sutko-obojczykowego, którego tylko jeden koniec, przy wyrostku sutkowym, daje się wyczuć, co tłumaczy równocześnie zmienioną konfigurację prawego dołu nadobojczykowego; dalej brak napięcia, odpowiadającego mięśniom gnykotarczykowym i więzadłom tejże nazwy. Odpowiada to owemu wygładzeniu szyi poniżej kości gnykowej, oraz przemawia za tem, że ów guz nie jest niczem innem, jak krtanią przemieszczoną ku dołowi. Przemieszczenie to nastąpiło nie tylko w jednym kierunku, ku dołowi; dotykiem stwierdza się, iż krtań skręciła się około osi pionowej na lewo, a wyrazem tego jest prawie czołowe ustawienie prawej płyty chrząstki tarczykowej i prawie strzałkowe lewej. W obrazie laryngoskopijnym głośnia ma przebieg skośny, co odpowiada również skręceniu krtani na lewo, tak, iż spoidło stwierdza się na lewo od linji środkowej, a fałd międzynalewkowy na prawo. Równocześnie lewa połowa krtani wygląda jakby skrócona i podsunięta pod nagłośnię, wskutek czego lewe więzadło głosowe zaledwie częściowo uwidacznia się w chwili wydawania głosu, podczas, gdy prawe występuje w całej swej rozciągłości.

Badanie rentgenologiczne objaśnia wspomnianą trudność przy połykaniu. Powoduje ją niemożność wykonania ruchu właściwego krtani podczas aktu połykania, jej bierny opór przy przesuwaniu się pokarmu, czyli zwężenie przełyku wskutek przemieszczenia krtani. Odnośnie do samego faktu przerwania się mięśni, to o ile dla mięśnia mostko-sutko-obojczykowego ma główne znaczenie nagłe napięcie się mięśni przy silnym nacisku i gwałtownem skręceniu głowy, to przy przerwaniu się mięśnia gnykowo-tarczowego i więzadła gnykowo-tarczowego, obok czynnika urazowego, należy przyjąć gwałtowne, *sui generis*, naprężenie się tychże, jako wyraz aktu odruchowego w chwili duszenia się. W akcie tym krtań, wykonując ruchy ku górze i ku dołowi, wywołuje nadmierne napięcie wymienionych mięśni i więzadeł. *Z. Chrapek.* (Poznań).

Choroby skórne.
Dermatologische Zeitschrift.
T. 36. Z. 5.

Polland R. **Pokrzywka po salwarsanie i zbiór objawów naczyniowo-nerwowych.** U pacjentki z kiłą utajoną, która poprzednio była leczona starym salwarsanem bez jakichkolwiek ubocznych objawów, wystąpiły po wstrzyknięciu dożylnem neosalwarsanu (0·3, 0·45) gwałtowne objawy, jak zaczerwienie i zsinienie skóry, obrzęk błon śluzowych, utrudnienie oddychania. Po zastosowaniu III-ciej dawki w ilości 0·15 (na wyraźne żądanie chorej), wystąpiła pokrzywka na całej skórze. Przypadek ten uważa Polland za ostre zapalenie skóry po salwarsanie pochodzenia vasotoksycznego, a za przyczynę działanie salwarsanu vasodilatyczne i vasomotoryczne na system nerwowy. Stosowanie późniejsze salwarsan-natrium, objawów tych nie wywoływało.

Grütz O. **Flora chorób grzybkowych w Szlezwig-Holsztynie.**

Fischl F. i Kirschner L. **Przyczynki do kliniki i bakterjologji wrzodu pełzającego.** W dwóch przypadkach owrzodzeń pełzających dolnych kończyn znaleźli autorowie w preparatach mikroskopowych prątki krótkie, kolbkowato rozdęte, podobne do bakterji tężca. Hodowle bez dostępu powietrza udały się, jednak próby przeszczepienia dały wynik ujemny. W 4 przypadkach wrzodów pełzających prącia, mogli potwierdzić badania innych autorów, że przyczyną jest współżycie krętków z bakterjami wrzecionowatemi (*b. fusiformis*).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Oddział lwowski.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 16. lutego 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek **mięsaka krwotocznego samoistnego mnogiego** (*sarcoma idiopaticum haemorrh.*), umiejscowionego na lewej połowie ciała (twarz, pierś, kończyna górna i dolna, oraz prącie); prelegent przedstawia szereg preparatów histologicznych.

W dyskusji przemawia doc. Leszczyński i Mierzecki.

2. Doc. dr. Steusing wygłasza odczyt: **„O endotoksynach“.**

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 2. marca 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia:

a) **ostrą łuszczycę** (*psoriasis acuta*), rozsianą po całem ciele dwudziestoletniej dziewczyny, leczonej wstrzykiwaniami zawiesiny siarkowej Bory'ego;

b) dwa przypadki **rozlanej twardziny skóry** (*sclerodermia diffusa*), jeden u kobiety, drugi u mężczyzny 50-letniego, u którego można nadto stwierdzić sączącą pryszczycę lewego podudzia.

2. Prym dr. Świątkiewicz przedstawia przypadek **rozsianej łuszczycy, leczonej naświetlaniem grasicy.**

3. Doc. dr. Leszczyński przedstawia:

a) przypadek **strupnia** (*favus*) tułowia i owłosionej części głowy;

b) przypadek **kilaków skóry** z keloidami;

c) przypadek **znamienia białego** (*naevus anaemicus Vörner*) na powłokach brzusznych u osobnika kiłowego;

d) przypadek **zespołu objawów kiły i tuberkulidów.**

W dyskusji: dr. Łukasiewicz, Krzemicki i Mahl.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 16. marca 1922.

1. Dr. Demianowska przedstawia chorego z objawami **wiądu rdzenia** (*tabes dorsalis*) **z równoczesnemi objawami opuszkowemi.**

W dyskusji przemawia dr. Łukasiewicz, dr. Leszczyński, dr. Krzemicki i dr. Demianowska.

2. Doc. dr. Leszczyński przedstawia chorą **pro diagnosi ze zmianami na policzkach i tułowiu.**

Dyskusja: prof. Łukasiewicz rozpoznaje **zwykłego toczenia.**

3. Dr. Salpeter przedstawia chorego z **pęcherzycą**, leczonego na klinice autosurowicą z wynikiem pomyślnym.

W dyskusji: prof. Łukasiewicz, dr. Leszczyński, dr. Salpeter i dr. Krzemicki Leon.

4. Prof. Łukasiewicz przedstawia powtórnie chorą z **łuszczycą ostrą**, której objawy ustępują przy stosowaniu metody leczniczej Bory'ego. *Dr. Mierzecki.*

I. Zjazd Pedjatrów Polskich.

Po 11 miesięcznych wytrwałych przygotowaniach odbył się z pełnem powodzeniem (240—250 uczestników) w Warszawie d. 8—10 września 1922 Zjazd pedjatrów polskich.

W szeregu zapowiedzianych odczytów na pierwszem miejscu W. Jasiński (ze Lwowa obecnie we Wilnie) dał **„Rzut oka na rozwój pedjatrji polskiej“**, wiążąc przeszłość z teraźniejszością i rozwijając jej zadania na najbliższą przyszłość.

Główną część tego posiedzenia poświęcono chorobom zakaźnym, a zwłaszcza błonicy i płonicy. R. Stankiewicz (Warszawa) w odczycie **„Konstytucja a dyfterja“** wykazał statystycznie na podstawie materjału szpitala im. Karola i Marji wpływ skaz ustrojowych, a zwłaszcza limfatyzmu, na przebieg błonicy oraz stosunek jej do krzywicy. W. Puławski (Radziejów) mówił **„O reinjekcji surowicy przeciwbłoniczej“** na zasadzie spostrzeżeń własnych w ciągu 27 lat (1895—1922), w których miał 99 przypadków reinjekcji, leczonych razem 286 zastrzykiwaniami, i ani razu nie spostrzegał przypadku śmierci ani wstrząsu anafilaktycznego. J. Truszkowski (Piotrków) w wykładzie **„O etjologji płonicy“**, której nie wyjaśniają ani zawsze znajdowane paciorkowce ani teorja Szontag'ha, wspom-

niał o swoich badaniach ropy z płoniczo-zapalonego ucha środkowego, w której znajdował, jako domniemany zarazek płonicy, małe dwoinki bez otoczki, wywołujące u królików ogólne niedomaganie i zaczerwienienie skóry z następczem łuszczeniem. S. Łyskawiński (Warszawa) referował „**W sprawie retrospektywnej djagnostyki płonicy**“, która często nastręcza trudności rozpoznawcze. Często bowiem dane epidemjologiczne zawodzą i objawy kliniczne początkowe płonicy są bardzo niewyraźne, a następowe powikłania w postaci zapalenia nerek, gruczołów i błon surowiczych, ani też łuszczenie wcale nie występują. Wtedy mają wielkie znaczenie zmiany śluzówki, poprzedzające język »malinowy«, i zmiany następowe w postaci języka ażurowego i opalizującego, oraz spostrzegane przez autora w szpitalu im. Karola i Marji zielonkawe zabarwienie moczu, które po ustąpieniu gorączki bardzo długo utrzymywało się w czasie uzdrowienia, a znikało przejściowo w czasie powikłań gorączkowych. Pewne znaczenie retrospektywne posiadają również linje paznogciowe Feer'a i objaw Schultze-Charlton'a. Następnie M. Biehlerowa (Warszawa) przedstawiła swoje **doświadczenia z ochronnemi szczepieniami przeciw płonicznemi** na 1298 osobach i przebieg płonicy u dzieci szczepionych, zalecając jaknajszersze rozpowszechnienie szczepień. W końcu J. Celichowska i Wł. Szenajch (Warszawa) przedstawili „**Działalność oddziału obserwacyjnego Szpitala im. Karola i Marji od 8. XI. 1913 do 1. I. 1921**“, jako oddziału obserwacyjnego, zapasowego oraz izolacyjnego i wyprowadzili wniosek, że powinno być mniej więcej 21 łóżek oddziału obserwacyjnego na 100 łóżek szpitalnych.

Posiedzenie popołudniowe odbyło się w sali Tow. Lekarskiego, a było poświęcone tylko sprawie odżywiania dzieci.

Jako pierwsza mówiła Szczawińska (Warszawa) na temat „**Zasadnicze postulaty żywienia niemowląt**“, opierając się na blisko 3000 własnych spostrzeżeniach. Referat H. Frenklowej (Łódź) p. t. „**Rola głodzenia w patologji chorego i zdrowego niemowlęcia**“, odczytany z powodu jej nieobecności, podał obfity materjał interesujący. M. Michałowicz (Warszawa) podniósł »**Trudności odżywiani. niemowląt o zmniejszonej tolerancji**«, gdyż doszedł do wniosku, że, przystępując do zapisania djety niemowlęciu, trzeba uświadomić sobie dokładnie jego przypuszczalne granice tolerancji względem zalecanego pokarmu. T. Mogilnicki (Łódź) wystąpił **przeciw niedostatecznemu odżywianiu i głodzeniu chorych gorączkujących**, stosowanemu przez ogół lekarzy, i na podstawie badań innych autorów oraz swoich spostrzeżeń w Szpitalu im. Anny Marji udowodnił, że djeta w chorobach zakaźnych u dzieci może zawierać taką ilość białka, jaka zapobiega rozpadowi białka ustroju. W. Jasiński dał szczegółowe zestawienie ostatnich wiadomości »**o czynnikach uzupełniających pożywienie**«. W końcu zamiast nieobecnego S. Progulskiego Fr. Gröer (Lwów) przedstawił w krótkości „**System odżywiania według Pirqueta**“, który opiera się na indywidualizowaniu osobnika według pewnego stosunku linijnych pomiarów do wagi jego ciała.

W dyskusji R. Barański (Warszawa) zarzucił systemowi Pirquet'a nieścisłość w fizjologicznych zapotrzebowaniach ustroju i zbytni schematyzm. T. Kryniewski (Puławy) dorzuca swoje myśli do wszystkich poruszanych tematów, podkreślając znaczenie naturalnego karmienia dla uodparniania niemowląt i dobrego odżywiania w chorobach zakaźnych. J. Bączkiewicz (Warszawa) przestrzega przed zbytniem teoretyzowaniem spraw odżywiania i poleca zwracać baczniejszą uwagę na stan matki karmiącej, a zwłaszcza w kierunku cukrzycy. W końcu Gröer jeszcze raz podkreślił dokładność i dogodność systemu Pirquet'a.

Niemniej pracowity był drugi dzień Zjazdu. Z dwóch 4-godzinnych posiedzeń, w Klinice chorób dziecięcych i w sali Tow. Lekarskiego, pierwsze poświęcono wyłącznie gruźlicy wieku dziecięcego. S. Rudzki (Warszawa) przedstawił »**Gruźlicę w wieku dojrzewania**«, opierając się na 850 własnych spostrzeżeniach u młodzieży od 10—18, lat a mianowicie 250 chłopców i 600 dziewcząt. K. Jonscher (Poznań) mówił »**O gruźlicze u zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci**«, podkreślając znaczenie pory roku, a zwłaszcza wiosny, dla powstawania zapalenia oraz objawów Brudzińskiego dla wczesnego rozpoznania. J. Judt (Warszawa) przedstawił swoje ciekawe »**badania roentgenologiczne i kliniczne nad t. zw. stwardnieniem pierwotnem w płucu**«, objaśniając je pięknie wykonanemi zdjęciami gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, t. zw. stwardnień pierwotnych, gruźlicy prosówkowej, zapalenia płuc serowatego i gruźlicy przywnękowej. J. M. Judt w krótkiem przemówieniu podał swoje obliczenia **co do częstości gruźlicy wieku wczesnego** w poszczególnych płatach, oparte na zdjęciach roentgenograficznych dzieci szkolnych. Jako koreferent przemawiał Br. Sabat (Warszawa) »**o rentgenologicznem rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych u dzieci**«, powołując się na liczne własne zdjęcia, których z powodu braku transparentu nie mógł pokazać.

A. Nowiński (Bydgoszcz) miał wykład »**O skazie wysiękowej i jej znaczeniu w patologji dziecięcej**«, oparty na 563 własnych spostrzeżeniach w Kijowie, z których 127 pochodziło z najbiedniejszych warstw społeczeństwa, a 436 ze sfery zamożniejszej. Na podstawie swych badań doszedł mówca do wniosku, że polska nazwa dla *„diathesis exsudativa“* nie odpowiada treści i proponuje zachowanie słowa »konstytucja«. Br. Szulczewski (Poznań) mówił »**O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci**« zapomocą wszystkich w klinice dostępnych metod i wspomniał o swoich doświadczeniach z tuberkuliną, zmodyfikowaną przez Moro. Jako ostatni Fr. Cieszyński (Warszawa) przedstawił swoje »**Próby proteinoterapji gruźlicy u dzieci**« z normalną surowicą końską w 7 przypadkach i *„Lactosteril Mag. Kluwe“* w 18 przypadkach, które dały tylko częściowo zachęcające wyniki.

Po przemówieniach T. Mogilnickiego w sprawie zebrania funduszu na dalsze wydawnictwo »Pedjatrji Polskiej«, oraz M. Michałowicza, Sz. Starkiewicza i Wł. Szenajcha w sprawie »Kolonji Leczniczej im. J. Brudzińskiego« w Busku, uczestnicy Zjazdu zwiedzili Klinikę chorób dziecięcych Uniw. Warsz. i Centralny Państwowy Instytut Epidemjologiczny w Warszawie.

Popołudniowe zebranie rozpoczęło się dyskusją, dotyczącą licznych rannych wykładów. Rubinrot (Warszawa) mówił »**O heljo- i klimatoterapji gruźlicy**«, powołując się na swoją pracę. Gröer dorzucił wiele uwag do wszystkich prawie tematów, podkreślając konieczność zwalczania gruźlicy, przedewszystkiem w wieku dziecięcym. Bondy (Warszawa) poświęcił specjalną uwagę gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych. M. Michałowicz poddaje ocenie sprawozdanie m. Łodzi z działalności na polu walki z gruźlicą dziecięcą, poświęcone Zjazdowi. Mogilnicki zwraca uwagę na suchy kaszel, jako na pierwszy objaw gruźlicy. P. Szaniawski (Częstochowa) przytoczył swoje doświadczenia z wstrzykiwaniami mleka w 9 przypadkach gruźlicy płuc u dzieci, przeważnie z dodatnim wynikiem. Po przyjęciu kilku wniosków Roeder wspomniał jeszcze o odczynie moczu z ługiem przy obecności ciałek ropnych.

Po wyczerpaniu dyskusji wygłoszono referaty z dziedziny opieki społecznej nad dzieckiem, której było poświęcone ostatnie posiedzenie. T. Jaroszyński (Warszawa) zobrazował w krótkości „**Zadanie lekarza-psychologa wobec psychicznego rozwoju dziecka**“ i ujął postulaty swe w 5 wnioskach, które Zjazd przyjął. S. Kramsztyk (Warszawa), przedstawił „**Wpływ eugeniki na pedjatrję i nowe poglądy na konstytucję**“, której znaczenie dla przebiegu choroby klinika coraz bardziej docenia. M. Gromski (Warszawa) zapoznał Zjazd z „**Organizacją opieki społecznej nad niemowlętami**“, którą zaczęło społeczeństwo nasze i rozbudował Amerykański Czerwony Krzyż, a która czeka na ugruntowanie przez współudział P. A. K. P. D. z rządem i społeczeństwem. H. Goldschmidt-Korczak (Warszawa) podkreślił „**Zadanie lekarza w internacie**“, którego przyrodniczy punkt widzenia na rozwój psychiczny młodzieży może lepsze dać wyniki, niż dotychczasowe metody wychowania stosowane przez teologa, filozofa i filologa. Br. Szulczewski, zamiast o roli pedjatry w dziedzinie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka, ponieważ T. Jaroszyński temat ten wyczerpał, mówił głównie o badaniu dzieci w hipnozie i znaczeniu tej metody dla wyposrodkowania przyczyn powstawania różnych zboczeń psychicznych u dzieci.

Po krótszych przemówieniach dyskusyjnych Sachsa, Jasińskiego i Cywińskiego, którzy postawili swoje wnioski, zestawiono wszystkie w czasie zjazdu opracowane uchwały i poddano jeszcze raz głosowaniu, przyjmując je jednomyślnie.

Tego samego dnia odbyła się przy udziale 90 uczestników wieczerza towarzyska w sali Stow. Techników, na której wygłoszono w licznych przemówieniach życzenia, przeznaczone na powitanie Zjazdu.

Trzeci dzień Zjazdu poświęcono wyłącznie zwiedzaniu instytucyj, opiekujących się dzieckiem w Warszawie. Zwiedzono Dom Wychowawczy im. Ks. Boduena, Stację Tow. Opieki nad niemowlętami, Dom Sierót żydowski, Zakład naukowo-wychowawczy dla niedorozwiniętych, Żłobek, Szkołę-Szwalnię i Dom Sierot Gminy Ew. Augsb., Centralną Kuchnię miejską, Kąpielisko miejskie, Stację Opieki nad dzieckiem na Podwalu i Kroplę mleka. W zwiedzaniu brało udział przeszło 90 uczestników Zjazdu. *Fr. Ksawery Cieszyński* (Warszawa).

(Dok. nast.)

Z powodu dwudziestopięciolecia pracy ordynatorskiej składamy Czcigodnemu Jubilatowi, Doc. Dr. Władysławowi Janowskiemu szczere życzenia dalszej, jak dotąd, wydatnej, zasłużonej i owocnej pracy zarówno na polu naukowem, jak również na polu działalności ordynatorskiej.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 27. października b. r. o godz. 6-tej wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego 5.

1. Pokazy. 2. Wykład prof. Dra Gluzińskiego Antoniego z Warszawy, jako gościa p. t. »W sprawie rozpoznawania kiły płuc«.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

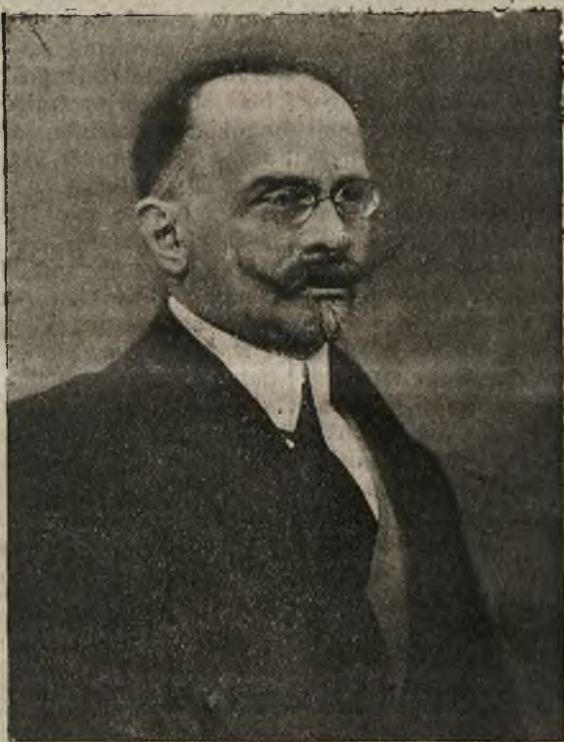
DOC. DR. MED. WŁADYSŁAWOWI JANOWSKIEMU

Z OKAZJI 25-LECIA PRACY ORDYNATORSKIEJ

POŚWIĘCAJĄ

UCZNIOWIE.

Nowe pokolenie lekarzy, rozpoczynające swe życie zawodowe na jednym z obecnie istniejących oddziałów szpitalnych, nie potrafi może zrozumieć w całej rozciągłości tego olbrzymiego znaczenia, jakie dla młodych adeptów medycyny posiadali niektórzy ordynatorowie szpitalni pokolenia starszego. Co więcej, koledzy z dzielnicy Mało- i Wielkopolskiej nie wszyscy może zdawali sobie sprawę swego czasu z tego poważnego, rzec można, prawdziwie narodowego zadania, jakie stawało przed ordynatorami szpitali w byłej Kongresówce. Szło tu nie tylko o krzewienie prawdziwej wiedzy lekarskiej, której z małemi wyjątkami (Brodowski, Baranowski, Hoyer, Przewoski i nieliczni jeszcze) w uniwersytecie warszawskim nie można było znaleźć, musiano bowiem jeszcze dbać o hodowanie medycyny naukowej i praktycznej swojskiej, o uobywatelnienie młodych lekarzy, o wyrwanie ich z pod możliwych wpływów oficjalnej medycyny rosyjskiej. Nie było też mowy o jakiemś oddziaływaniu szowinistycznem, lecz o podtrzymywaniu sławnych tradycyj medycyny polskiej w jej najszlachetniejszych przejawach. Nic więc dziwnego, że niektórzy z ordynatorów w b. Kongresówce niezmiernie wysoko pojmowali swe ordynatorskie obowiązki, jako lekarza i obywatela, i odnosili się do nich z niezmiernym pietyzmem. Im to mamy do zawdzięczenia, że medycyna polska za czasów okupacji rosyjskiej nie zamarła, lecz rozwijała się bujnie, dając często o sobie znać w postaci cennych prac naukowych, pomimo trudności niezwykłych, z jakiemi się spotykała na drodze swego rozwoju. Ich to również zasługa, że, nie bacząc na brak wyższych zakładów naukowych, odpowiednio postawionych, pomimo utrudnień w dalszem kształceniu się liczba lekarzy świetnie wyszkolonych i wysoko dzierżących sztandar nauki lekarskiej w kraju stale wzrastała. Jednym z takich ordynatorów, naprawdę zasłużonych w medycynie polskiej, był ś. p. T. Dunin, a jednym z jego następców Władysław Janowski.



Jakżeż inne są warunki, w których teraz nowy ordynator zastaje oddział szpitalny (choć i obecnie często dalekie od ideału) w porównaniu z warunkami pracy szpitalnej przed lat 25 — nie mówiąc już o czasach jeszcze dawniejszych. Czy jest np. do pomyślenia w czasach obecnych prowadzenie oddziału w jednej, wprawdzie dużej, bo na 80 łóżek obliczonej sali szpitalnej, przez 3 czy nawet 4 ordynatorów zupełnie od siebie niezależnych, jak to działo się swego czasu w Szpitalu Dzieciątka Jezus, gdy mieścił się przy placu Wareckim? A w tych właśnie warunkach rozpoczął swą pracę ordynatorską Władysław Janowski. Zawdzięczając jednak nadzwyczajnej harmonji, jaka panowała na sali między poszczególnymi ordynatorami i ich asystentami, skupieniu i ciszy, w jakich zazwyczaj jednocześnie w rozmaitych końcach wielkiej sali szpitalnej wypełniali swe obowiązki zawodowe i pedagogiczne ci właśnie ordynatorowie — sala szpitalna robiła, bez przesady, wrażenie świątyni, a lekarze zarówno między sobą, jak i z chorymi, starali się mimowolnie rozmawiać cicho — niemal szeptem. Dziwne, podniosłe uczucie odbierał młody lekarz, który po raz pierwszy wkraczał do tego przybytku cierpienia, miłosierdzia i wiedzy, i który przekonywał się wkrótce, że to wszystko, czego się nauczył na uniwersytecie, tak daleko odbiega od rzeczywistego zetknięcia się z chorymi. To pierwsze wrażenie, przykład, jaki widział przed sobą, traktowanie chorego i choroby, sposób badania i rozumowania przy łóżku chorego, z jakiem się tu zapoznawał — najczęściej wywierały rozstrzygający wpływ na całe następne życie zawodowe takiego lekarza i stawały się wskazówkami, któremi mniej lub więcej kierował się w latach późniejszych. Jednym z takich ordynatorów o wybitnej indywidualności był właśnie Wład. Janowski, uczeń śp. Dunina. Janowski starał się w swej działalności ordynatorskiej kontynuować wysoce obywatelską i pedagogiczną pracę swego nauczyciela i dążyć do jeszcze większego jej rozwinięcia. Rozmiłowany w nauce niemal bez granic, stanął u progu ordynatury już jako zupełnie samodzielny pracownik i postanowił pokazać, co potrafi zdziałać. Otrzymał 16 łóżek na ogromnej sali, przeznaczonej dla chorych wewnętrznych, niczem od pozostałej części sali nie odgrodzonych. Ot i cały dobytek, jaki zastał Janowski, obejmując w roku 1897 z konkursu ordynaturę w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Z zapałem zabiera się do pracy i zaczyna stopniowo z uporem i miłością budować sobie warsztat pracy taki, któregoby się nie miał potrzeby powstydzić. Idąc w ślad swego mistrza, dniem i nocą myśli o stworzeniu najniezbędniejszej instytucji przy oddziale — pracowni, której rolę początkowo odgrywa z musu... stolik z najniezbędniejszemi narzędziami do wykonywania analiz, umieszczony w kącie sali w pobliżu jego łóżek. Jak wszelkiemi sposobami myśli o utworzeniu oddzielnej pracowni, jak ją uważa za wprost niezbędną do życia oddziału, dowodzi fakt, że przekształca na nią... ustęp, znajdujący się w pobliżu sali szpitalnej. A gdy, włożywszy w to sporo swego grosza, a jeszcze więcej swej pracy i energji, urządził przy pomocy pierwszych swych asystentów prawdziwą pracownię, — nikt z obcych nie wpadł na myśl, w jakiem pomieszczeniu się znajduje. Nizki to był i wązki pokój, powietrze od badanych tam wydzielin i kwasów często niezbyt było tam przyjemne, ale szef umiał wśród asystentów wzbudzać zapał i zamiłowanie do pracy, zapominało się więc o ujemnych stronach tej prymitywnej pracowni. Ile prawdziwie niezapomnianych, cennych, a co więcej, i wesołych chwil spędziło się w tej niedoskonałej pracowni oddziałowej! Janowski, zdając sobie sprawę z tego, że dopiero co »upieczony« lekarz — zwłaszcza w warunkach ówczesnego nauczania uniwersyteckiego, — wstępuje w progi szpitala, co

najwyżej mając o wszystkiem zaledwie pojęcie tylko teoretyczne, rozpoczynał z swymi asystentami naukę perkusji, auskultacji i badania chorego od samego początku. Niezmordowanie codziennie, po kilka godzin spędzając w szpitalu, pokazywał, jak należy opukiwać, zmuszał do dokładnego określania objawów wysłuchowych, przeprowadzał rozpoznanie różniczkowe w najdrobniejszych szczegółach, omawiał sposoby leczenia, stawiał rokowanie, uczył wszelkich sposobów badania wydalin i krwi, przyrządzania preparatów anatomopatologicznych — jednem słowem, był nauczycielem w całem tego słowa znaczeniu. Jednocześnie dbał o to, by asystenci dokładnie zaznajamiali się z piśmiennictwem lekarskiem — wskazywał, co należy czytać, i bardzo często dawał ze swego bogatego księgozbioru podręczniki i książki do studjowania i stale użyczał asystentom bieżących pism lekarskich w różnych językach.

Dalszym etapem w postawieniu oddziału na odpowiedniej stopie naukowej było zużytkowanie materjału oddziałowego do celów naukowych: opracowywanie przypadków kazuistycznych, zasługujących na ogłoszenie, i dążenie do wygotowywania prac o większej wartości naukowej. Janowski sam ogłasza szereg prac i zachęca do tego swych asystentów, częstokroć na początku wspólnie omawiając temat, mający być przedmiotem pierwszych kroków asystenta na niwie literackiej. Nie żałuje ani czasu ani pieniędzy na potrzebne do pracy przyrządy lub odczynniki. A tak zawsze potrafił przedstawić sprawę jako coś nadzwyczaj łatwego, tak przytem namawiał lekarza w tym względzie początkującego, tak mu wreszcie pracę przypominał i o nią przy lada okazji pytał, że nieraz, doprawdy, jedynym sposobem wyjścia było napisanie pracy omawianej. Podobnie zachęcał do referowania artykułów, umieszczanych w pismach zagranicznych, i starał się o drukowanie ich w pismach lekarskich warszawskich. W okresie pełnienia przez Janowskiego obowiązków redaktora »Zdrowia« — postawił dział referatowy tego pisma na najwyższym poziomie, a liczni już podówczas jego asystenci stale referowali wyznaczone im czasopisma polskie, angielskie, francuskie, niemieckie i rosyjskie. Gdy w roku 1903 odbywał się w Warszawie Zjazd Higjeniczny, wyszkolony sztab własnych sprawozdawców - asystentów szybko i sprawnie dostarczał mu sprawozdań z wszystkich posiedzeń zjazdowych. — A i szef daje przykład, jak pracować należy, sam ogłasza liczne streszczenia i wiadomości (dotąd ogłosił ich z górą 600) z różnych działów patologji ogólnej, anatomji patologicznej, medycyny wewnętrznej, chorób kobiecych oraz higjeny.

Dbając ciągle o możliwe pogłębienie wykształcenia lekarsko-naukowego swych współpracowników i chcąc jak najwcześniej przyzwyczaić ich do krytycznego myślenia w dziedzinie rozpoznawania i leczenia chorób, Janowski urządza u siebie stałe posiedzenia naukowe, na których sam i wszyscy asystenci obowiązani byli stale referować rozmaite pisma lekarskie. Referaty owe były zwykle podstawą do dyskusji, z których wyłaniały się nieraz pomysły do prac kazuistycznych i doświadczalnych. Nierzadko któryś z asystentów odczytywał na takiem posiedzeniu referat zbiorowy, który następnie ukazywał się w tem, czy innem czasopiśmie lekarskiem polskiem.

Nic też dziwnego, że tego rodzaju system prowadzenia pracy na oddziale i poza nim, ta ciągła współpraca całego zespołu asystentów z swym szefem przyciągały całe szeregi lekarzy, którzy garnęli się na oddział, chcąc tu nauczyć się tego, czego w warunkach życia uniwersyteckiego warszawskiego żadną miarą nie byli w stanie posiąść. I nic to nie odstraszało młodych adeptów medycyny, że musieli przedewszystkiem odbyć nowicjat, polegający na pełnieniu przez czas nieraz dłuższy roli pomocnika jednego z starszych asystentów, na wykonywaniu analiz, zdejmowaniu tętna, określanin ciśnienia krwi i na spełnianiu innych tego rodzaju czynności pomocniczych. Dopiero po odbyciu takiego nowicjatu można było rachować na objęcie łóżek oddziałowych do prowadzenia osobistego. I tu zaczynał się nowy okres działalności: zbieranie dokładne wywiadów, dopilnowanie, by wszelkie badania pomocnicze zostały wykonane, zanim nadejdzie szef, któremu trzeba było przedstawić chorego, niemal zupełnie już zbadanego i z gotowem rozpoznaniem. Był to swego rodzaju egzamin, składany przed szefem, wprawdzie wymagającym, ale zawsze jednakowo życzliwym i starającym się nie zadrasnąć ambicji sprawozdawcy. Wytykanie błędów i opuszczeń czynione było zawsze w tak koleżeńskim i życzliwym tonie, że niepodobna było odnosić się do nich ujemnie. To też na oddziale zawsze panowała harmonja, a stosunek między asystentami i szefem był zawsze bardzo serdeczny, co też wpływało i na to, że i stosunek wzajemny asystentów był zawsze wyśmienity — praca na oddziale była, istotnie, wspólną sprawą. Bywały okresy na oddziale, kiedy jednocześnie pracowało na nim 14 lekarzy asystentów — a ogólna liczba uczniów dochodzi obecnie już do 100.

Stopniowe udoskonalanie się asystentów doprowadziło do tego, że na oddziale, o co Janowski dbał niezmiernie, byli lekarze, znający specjalnie najrozmaitsze gałęzie medycyny praktycznej. Dumą Janowskiego było to, że mógł obejść się bez pomocy lekarzy z poza oddziału, gdyż chory na oddziale bywał najdokładniej i wszechstronnie zbadany tylko przez lekarzy oddziałowych.

Bez przerwy myśląc o podniesieniu swego oddziału, Janowski nie szczędził własnych pieniędzy na wzbogacenie pracowni (już specjalnie w nowym Szpitalu Dzieciątka Jezus urządzonej), na chemikalja i przyrządy, a chętnie bardzo udzielał pieniędzy na kupno i utrzymanie zwierząt doświadczalnych, niezbędnych przy wykonywaniu prac przez asystentów. W tych warunkach jasnem się staje, że dorobek pracy naukowej oddziału, jako całość, jest dość znaczny, bo wynoszący przeszło 60 prac naukowych, ogłoszonych pod kierunkiem Janowskiego — przez asystentów oddziału — a z prac tych nadto 30 wydano w języku niemieckim i 12 w języku francuskim. Sam szef z 92 prac dotąd ogłoszonych drukiem — 65 napisał, będąc już na stanowisku ordynatora Szpitala Dzieciątka Jezus. Z tych 65 prac ogłosił 24 w języku niemieckim, 17 w języku francuskim, 3 we we włoskim, 1 w angielskim. Wobec braku miejsca nie mam możności wyliczenia na tem miejscu wszystkich cennych prac Janowskiego, ale już sama liczba świadczy, jak sam pracował i jakim był przykładem dla swych uczniów, którzy również musieli wciągać się do pracy.

Tutaj pozwolę sobie wymienić choć tylko kilka z prac napisanych przez Janowskiego a świadczących o ich wartości i ogromie włożonej pracy, a mianowicie:

1. O znaczeniu diagnostycznem i prognostycznem dokładnego badania tętna.
2. Funkcjonalna diagnostyka serca i naczyń.
3. Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymanych przez przełyk z lewego przedsionka serca dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa, oraz parę uwag o bradykardji.
4. Współczesne metody badania serca.
5. Prawidłowa nazwa szmerów sercowych w różnych stanach chorobowych.
6. Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płucnej,

i wiele wiele innych z różnych działów medycyny wewnętrznej.

Po za pracą na oddziale szef zachęca swych asystentów do brania czynnego udziału w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Towarzystwa Naukowego, w posiedzeniach klinicznych w Szpitalu Dzieciątka Jezus przez wybitny udział osobisty.

Dorobek naukowy oddziału byłby jeszcze wielokrotnie większy, gdyby nie przeszkody, jak wojna japońska i ostatnia wszechświatowa. Jeśli pierwsza już zrobiła wielką szczerbę w ciągłości pracy na oddziale przez wyrwanie na lat $2-2^1/_2$ większości lekarzy oddziałowych, to druga zupełnie niemal rozbiła organizację oddziału. Zmienione zupełnie warunki życia powojennego, tak utrudniające pracę naukową wogóle, musiały ujemnie odbić się na działalności oddziału. Janowski nie traci jednak swego zapału i stara się, choć z musu, nieco w mniejszych rozmiarach, dalej prowadzić swą działalność obywatelsko- pedagogiczną i naukową. Nie traci nadziei, że stopniowo na oddziale wróci wszystko do stanu kwitnącego, a życzyć sobie należy, by tak się istotnie stało. Dotychczasowa działalność Janowskiego na oddziale w ciągu ubiegłych lat 25 wykazała, co można zrobić mimo

liczne przeszkody i brak środków. Należy przypuszczać, że dalsza Jego praca w lepszych warunkach przyniesie jeszcze dużo korzyści całemu społeczeństwu i państwu. Niechaj jaknajdłużej przysparza społeczeństwu dzielnych lekarzy, w których, poza zamiłowaniem do nauki, wpoić się stara miłość do cierpiącego i starą zasadę: *salus aegroti prima lex esto!*

Władysław Janowski urodził się w Warszawie 3 października 1866 r. Po skończeniu II-go gimnazjum w roku 1885 wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył *cum eximia laude* w roku 1890. W ciągu roku 1891 zdał egzamina na stopień doktora medycyny, który otrzymał po publicznej obronie rozprawy pod tytułem »O marskości żółtaczkowej wątroby«. Do czasu objęcia posady ordynatora w Szpitalu Dzieciątka Jezus (w lutym 1897 r.), którą otrzymał na zasądzie konkursu — Janowski pracuje w zakładzie anatomji patologicznej prof. W. Brodowskiego — jednocześnie pełni obowiązki asystenta szpitalnego przy oddziale chorób wewnętrznych Dr. med. T. Dunina, jest bakterjologiem m. Warszawy i przez pewien czas — po przeprowadzeniu studjów nad seroterapją błonicy w Berlinie i Paryżu — prowadzi oddział błoniczy w szpitalu Dzieciątka Jezus. — Od roku 1897 do 1905 obierany jest na redaktora pamiętnika Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego a następnie Zdrowia i pełni te obowiązki aż do zrzeczenia się. Oprócz tego Janowski jest członkiem licznych Towarzystw naukowych, a jako członek założyciel Towarzystwa naukowego warszawskiego — przez długi czas wybitnie czynną odrywał rolę w tem Towarzystwie.

W roku 1903 Akademja Wojskowo-Lekarska w Petersburgu mianuje Janowskiego docentem.

W. Ettinger.

H. BROKMAN i M. ERLICHÓWNA, Warszawa.

Objawy mózgowe w zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci.

(Z kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor Prof. M. Michałowicz).

Poruszając sprawę zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci, rozumiemy dobrze, że klinika tego cierpienia jest lekarzom dobrze znaną; czynimy to jednak dlatego, że należy ono do tej kategorji cierpień, które nie zawsze bywają rozpoznawane i o których dobrze jest często przypominać. Czynimy to także z tej przyczyny, że w ciągu niespełna roku mieliśmy sposobność spostrzegać aż cztery przypadki, w których wystąpiły wybitne objawy mózgowe i na ten właśnie moment, ciekawy teoretycznie, a ważny ze względów rozpoznawczych, chcemy położyć szczególny nacisk.

Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że w występowaniu objawów nerwowych w zapaleniu miedniczek nerkowych niema nic szczególnego, gdyż wiadomo, że pewna kategorja dzieci oddziaływa na wszelkie zakażenia objawami oponowemi, jak wymiotami, drgawkami itp. Widzi się tu jednak różnice, które postaramy się poniżej podkreślić.

Przypadek pierwszy. Leszek S., 8 miesięcy. Karmiony sztucznie od 4-go miesiąca, zwykle nieco blady, odżywienie średnie, zachorował 1. IX. 1921 r., ciepłota 39·6, lekkie zaczerwienienie gardzieli, badanie moczu wykazało obecność licznych ciałek ropnych i laseczek paracoli. Przez następne dni ciepłota dochodziła do 40°, rozpoczęły się częste wymioty, widoczna trudność w łykaniu, apatja lub niekiedy podniecenie. Stan półprzytomny, od czasu do czasu ruchy automatyczne lewą rączką, sztywność karku może lekko zaznaczona przy braku uwypuklenia ciemiączka oraz braku objawów Brudzińskiego i Kerniga przez cały czas choroby. Od 5—10 dnia napady podniecenia z krzykami »cri encephalique«. Objawy nerwowe ustępują stopniowo, równolegle do obniżenia się ciepłoty i zmniejszenia się ilości ropy w moczu.

Przypadek drugi. Cześ K., 10 miesięcy, odżywiany pokarmem mieszanym. Zmiany krzywicze średniego stopnia. Dnia 10. V. 1921 r. dostał nagle drgawek i gorączki, odtąd jęczy, jest nieprzytomny, żuje ciągle języczek. Badany przez nas po raz pierwszy na 6-ty dzień choroby; stan ciężki, ciepłota 39°, odruchy prawidłowe, pewien opór przy zginaniu karku, poza tem brak odruchów oponowych i brak uwypuklenia ciemienia, co stwierdziliśmy i w dalszym przebiegu choroby. Badanie moczu wykazało zmiany typowe dla zapalenia miedniczek nerkowych. Mocz bakterjologicznie nie badany. Przez następne 10 dni stan pozostaje bardzo ciężki, dziecko jest nieprzytomne, górne kończyny ma stale zgięte w stawach łokciowych, piąstki zaciśnięte, raz długotrwałe drgawki. Nakłucie lędźwiowe wykonane dziesiątego dnia choroby wykazało ciśnienie niewzmożone, płyn mózgowo rdzeniowy normalny. Po 4 dniach opadła gorączka, ustąpiły objawy nerwowe, oraz zmiany w moczu. Dalsze spostrzeganie wykazało jedynie nasilenie się sprawy krzywiczej.

Przypadek trzeci. Marysia H., miesięcy 6, odżywiana od początku pokarmem mieszanym, ostatnio sztucznie. Dnia 6. II. 1921 r. zachorowała nagle. W nocy gorączka, nad ranem objektywne badanie dziecka dało wynik ujemny; w moczu znaleziono dużo ciałek ropnych, bakterjologicznie laseczka coli. Po kilku godzinach nagle wystąpił napad: przy napiętem ciemiączku drganie powieki górnej lewej, sinica, sztywność kończyn, piana na ustach, nieprzytomna. Po pięciu minutach napad mija, przyjmuje pokarm. Po pół godzinie występują drgawki w lewej rączce, później w całej lewej kończynie górnej, lewym kącie ust, i lewych kończynach dolnych; deviation conjugée w lewo. Drgawki trwają 25 minut. Po napadzie obydwie lewe kończyny bezwładne zupełnie, brak odruchów ścięgnistych, po 15 minutach zaczyna poruszać nóżką, wkrótce odzyskuje tu władzę. Po pięciu godzinach mija bezwład kończyny górnej, powracają odruchy; po dwóch dniach ciepłota powraca do normy. W dalszym przebiegu drgawki nie powtarzały się, tylko dwukrotnie wystąpiła kilkusekundowa utrata przytomności z sinicą.

Przypadek czwarty. Betty R., amerykanka, 7 miesięcy. Karmiona mlekiem sproszkowanem, zachorowała, nagle 10. XI. 1921 r. z objawami ostrego zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanego laseczką coli, przy ciepłocie 40°—41°. Po dwóch tygodniach choroby ciepłota się nieco obniżyła i. 37·5—38·5, jednocześnie występował szereg powikłań; czyraki, zapalenie ucha środkowego z ropotokiem. Zwracał przy tem szczególną uwagę brak jakichkolwiek objawów oponowych czy mózgowych. 20-go dnia przy nieźłym stanie ogólnym i ciepłocie 38—39° chwilowe rozdrażnienie jakby połączone z bólem, niepokój; tego samego dnia stwierdziliśmy wraz z Drem Flatau'em niedowład lewej górnej kończyny, która leży wiotko z rączką odrzuconą na zewnątrz. Czucie bólowe zdaje się być zachowane. Najwięcej dotknięte są mięśnie rączki. Niedowład ustępował szybko, po pięciu dniach można już tylko było stwierdzić pewną niezręczność w ruchach. Dziecko przechodziło potem różne ciężkie powikłania, ale już bez żadnych objawów ze strony układu nerwowego.

Streszczając się: u czworga niemowląt w wieku od 6-ciu do 10-ciu miesięcy wystąpiły nagle objawy ostrego zapalenia miedniczek nerkowych. W związku z tą sprawą stwierdziliśmy objawy podrażnienia ośrodków nerwowych. W przypadku pierwszym objawy najsłabszego stopnia trwały koło 10-ciu dni; polegały na wymiotach uporczywych, trudności w przełykaniu, upośledzonej przytomności, krzykach o charakterze mózgowych, ruchach automatycznych kończynami, rozdrażnieniu, występującym napadowo, przy braku objawów oponowych. W przypadku drugim objawy bardzo ciężkie trwały tak długo, jak sprawa zasadnicza — drgawki, brak przytomności, wymioty, napięcie kończyn, ruchy automatyczne języczkiem, nieznaczna sztywność karku przy braku wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, stwierdzonym zapomocą nakłucia. W przypadku trzecim objawy nerwowe wystąpiły napadowo na początku choroby — drgawki, trwające kilka godzin z uastępczem krótkotrwałem porażeniem lewostronnem; jedynie podczas napadu objawy zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego w postaci napięcia ciemiączka. W dalszym przebiegu już tylko dwukrotnie utrata chwilowa przytomności. W przypadku czwartym przy zupełnym braku objawów oponowych albo mózgowych w trzecim tygodniu choroby jednorazowo silne podniecenie, po którym wystąpiła monoplegia lewej górnej kończyny trwająca pięć dni, nie pozostawiając w następstwie po sobie żadnych śladów.

Pomimo, że żadne z tych dzieci nie było badane elektrycznie, możemy na zasadzie stałego spostrzegania przez czas dłuższy, dokładnego badania klinicznego, i braku objawów Chvostka i Trousseau wyłączyć istnienie skazy skurczowej.

Istota zaburzeń nerwowych w naszych przypadkach nie jest łatwą do wyjaśnienia. W odnośnem piśmiennictwie spotykamy rzadko krótkie tylko wzmianki o występowaniu objawów nerwowych: niektórzy autorowie (Göppert, Finkelstein, S. Maggiore, Thomson i inni) wspominają o pewnej sztywności karku, podnieceniu, budzących podejrzenie w kierunku sprawy oponowej; nie zdają się oni widzieć w tych objawach nic szczególnie charakterystycznego dla ostrego zapalenia miedniczek nerkowych. Jedynie Bokay, który pierwszy zwrócił w tym kierunku uwagę, radzi przy

występywaniu objawów oponowych pamiętać między innem o tem cierpieniu.

W naszych przypadkach objawy oponowe były nieznacznego stopnia, a nawet niepewne — brak klasycznych objawów: Kerniga, Brudzińskiego, napięcie ciemiączka tylko w trzecim przypadku i tylko w czasie napadu, nieznaczna sztywność karku tylko w drugim przypadku, w którym przez nakłucie stwierdzono brak wzmożonego ciśnienia. Możemy więc wyłączyć uogólnioną sprawę zapalną opon i wątpić o ich podrażnieniu. Natomiast objawy wzbudzały raczej podejrzenie na umiejscowienie w mózgowiu: rozdrażnienie, ruchy automatyczne, drgawki, niedowład połowiczy w przypadku trzecim, przykurczenie kończyn w drugim, krzyki mózgowe w pierwszych dwóch, monoplegja w przypadku czwartym. Jakiego rodzaju były te zmiany, czy polegały na miejscowem zaburzeniu w krążeniu, przekrwieniu lub niedokrwistości, obrzęku, uszkodzeniu komórek nerwowych pod wpływem jadów, czy drobnoustrojów, czy były jednakowe w każdym przypadku — żadnego z tych pytań nie potrafimy narazie rozstrzygnąć.

Nie mniej trudną do wyjaśnienia jest patogeneza omawianej sprawy. Prawdopodobnie odgrywają tu rolę dwa czynniki: mocz, zmieniony chorobowo pod wpływem zarazków, zastój moczu oraz właściwości fizjologiczne dróg moczowych. Stan zapalny dróg moczowych powodować może nieskoordynowane skurcze muskulatury i co za tem idzie utrudniać normalny odpływ moczu lub też nawet jego powrót w kierunku ku nerkom (regurgitacja). Zjawisko to, jeśli pojawia się, znalazłoby niejednokrotnie wyraz kliniczny w pewnem zmniejszeniu ilości moczu, zwłaszcza w początkowych okresach choroby. Zaznaczyć należy, że w naszych przypadkach ilość moczu nie była określana, co wogóle u niemowląt przedstawia poważne trudności techniczne. Szczególnej wagi nabiera ta okoliczność, jeśli weźmiemy pod uwagę, że miedniczki posiadają silną własność wchłaniającą, zwłaszcza w porównaniu z pęcherzem moczowym; zatrzymane i wessane tą drogą składniki moczu chorobowo zmienionego powodują prawdopodobnie objawy ze strony ośrodków nerwowych. Jakie składniki odgrywają tu rolę główną lub wyłączną nie wiemy, podobnie jak dotąd nie ustalono, na czem polega zatrucie ustroju w mocznicy.

Nie stwierdzając związku pomiędzy osobniczą konstytucją dzieci a omawianą sprawą, zaznaczamy tylko, że jedno z tych czworga dzieci było aż do zachorowania karmione wyłącznie sztucznie, troje było dziećmi rodziców inteligentnych, żadne z dzieci nie odznaczało się wybitną nerwowością ani szczególną skazą, tylko u jednego z nich stwierdziliśmy wyraźne objawy krzywicy, czynniki więc te nie mogły mieć wpływu na przebieg choroby. Patogeneza tej sprawy opiera się więc na razie tylko na przypuszczeniach, podobnie jak mechanizm powstawania samego zapalenia miedniczek nerkowych pozostaje dotąd kwestją sporną.

Występowanie objawów nerwowych w tem cierpieniu nie wpływa ujemnie na rokowanie; we wszystkich przypadkach, niezależnie od przebiegu sprawy zasadniczej, objawy, od najlżejszych do najcięższych, ustąpiły bez pozostawienia śladu. Różniczkowe rozpoznanie obejmuje przedewszystkiem grupę cierpień układu nerwowego: drętwicę karku, zapalenie surowicze opon, chorobę Heine-Medin'a, sprawy ogniskowe jak ropień mózgowia, zapalenie mózgowia, guz mózgowia. Z innych cierpień zapalenie ucha środkowego, zimnica, objawy podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych spraw zakaźnych — przedewszystkiem w zapaleniu płuc. Natychmiastowe badanie moczu w każdym przypadku z objawami mózgowemi, w którym stwierdzamy wysoką ciepłotę, uchroni nas niejednokrotnie przed fałszywem rozpoznaniem.

Leczenie objawów nerwowych w zapaleniu miedniczek nerwowych polega przedewszystkiem na uwzględnieniu sprawy zasadniczej; poza tem stosujemy zwykłe środki objawowe, okłady, kąpiele, brom, luminal; nakłucia lędźwiowe stosowaliśmy tylko w przypadku drugim bez żadnego wyniku. Leczenia zasadniczego omawiać tu nie będziemy, zaznaczamy tylko, że autowakcyjna zdawała się wywierać wpływ korzystny na przebieg sprawy w przypadku pierwszym i trzecim.

Piśmiennictwo:

Bokay J. f. Kinderh. 87. 1918. Finkelstein L. d. Säuglingkrank. 1921. Göppert. Berl. Klin. Woch. 1909. N. 14. Posner Kraus i Brugsch 1920. Salvatore Magiore Pediatria. 1912. Strümpel 1920. Thomson. Mon. f. Kinderh. 1913.

MIECZ. GANTZ i STAN. SASKI. Warszawa.

O obecności lasecczników Kocha w krwi chorych na gruźlicę płuc.

(Z oddziału Doc. Dr. W. Janowskiego w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie).

Sprawa obecności zarazka swoistego we krwi chorych na gruźlicę płuc zaprzątała umysły badaczy już dawno, była bowiem przedmiotem badań niemal od czasów Villemin'a. Dopiero jednak lata ostatnie postawiły ją poważnie na porządku dziennym, cały bowiem szereg prac, poświęconych badaniom krwi na obecność lasecczników Kocha, próbował rzucić tą drogą światło na niektóre strony zakażenia gruźliczego. Czy powodem szczególnej obfitości prac, poświęconych ostatniemi laty sprawie omawianej, była chęć usprawiedliwienia znacznego odsetka wyników dodatnich odczynu t. zw. biologicznego (Pirquet, Moro, Mantoux itp.), czy chęć objaśnienia przez bakterjemję gruźliczą powstawania nowych bardziej oddalonych ognisk gruźliczych w ustroju zakażonym, czy też wreszcie szło o sprawdzenie nieprawdopodobnych wprost wyników, otrzymywanych przez rozmaitych autorów — dość, że sprawa obecności prątków Kocha w krwiobiegu chorych na gruźlicę była w szeregu prac roztrząsana dość wyczerpująco i sądzić obecnie można, iż jest dostatecznie wyjaśnioną.

Praca niniejsza, której celem było przekonanie się, czy i w jakim stopniu istnieje t. zw. bakterjemja gruźlicza — rozpoczęta w r. 1912, musiała uledz zakończeniu na 31-em doświadczeniu skutkiem wojny w r. 1914. Trudne i od nas niezależne warunki uczyniły to, że dziś dopiero podajemy do wiadomości publicznej wyniki ówczesnych naszych badań. Przegląd piśmiennictwa, ogłoszonego podczas wojny, przekonał nas, że wyniki, przez nas otrzymane, były najbliżej istoty rzeczy (Möllers i Oehler w r. 1916 i Weihrauch w r. 1918).

Prace nad stwierdzeniem obecności lasecczników Kocha we krwi chorych gruźliczych szły w dwóch kierunkach: 1) jako badania na zwierzętach chorych na gruźlicę lub umyślnie zakażanych, 2) jako poszukiwania, czynione na ludziach. Niektóre poza tem prace zajmowały się sprawą uruchomienia prątków Kocha w ustroju zwierzęcym i ludzkim przez zastrzykiwanie tuberkuliny. Nie przytaczamy poniżej całego obecnie bardzo już obfitego piśmiennictwa omawianego przedmiotu, gdyż z jednej strony zajęłoby to zbyt dużo miejsca, po drugie ponieważ jest ono już uwzględnione w innych pracach np. u Möllersa i Oehlera lub Calmette'a.

Jeśli pokrótce wspominamy o badaniach na zwierzętach, to z góry naznaczyć należy, że niektórzy autorzy zadawalniali się stwierdzaniem obecności prątków pod drobnowidzem, inni prócz tego szczepili krew zwierząt zakażonych innym zwierzętom do otrzewny lub pod skórę, inni wreszcie posiłkowali się li tylko szczepieniami, dokonywanemi na zwierzętach. Ażeby dać pojęcie o rozbieżności otrzymanych wyników, dość wspomnieć, że np. Bacmeister i Rueben znajdowali stale pod drobnowidzem pałeczki kwasotrwałe we krwi zdrowych królików, gdy Lange i Lindeman nie mogli ich znaleźć we krwi zdrowych królików, zaś Ischio Haga podobnie nie znajdował ich we krwi zdrowych świnek. We krwi świnek zakażonych [1]) drogą szczepień Möwes znajdował laseczki kwasotrwałe w 71—72%, Hage — przy szczepieniu pod skórę w 29,4%, Rabinowicz we krwi z żył miała wynik ujemny, z serca — dodatni; Kurashige

[1]) Bardzo interesujących badań Karwackiego, jako mniej odnoszących się bezpośrednio do poruszanej przez nas sprawy, obszernie nie omawiamy.

znajdował stale laseczki we krwi królików, zakażonych przed 9 miesiącami. Gdy dalej Titze, Thieringer i Jahn w 12 przypadkach gruźlicy u bydła ani razu nie znaleźli pod drobnowidzem prątków Kocha, Dressel stwierdził ich obecność w 12 przypadkach pod drobnowidzem 4 razy, w szczepieniach zwierzętom ani razu.

Już ten pobieżny przegląd niektórych tylko prac, dotyczących badań na zwierzętach, wyraźnie uwydatnia tę rozbieżność wyników. Ta sama, jeśli nie większa jeszcze, rozbieżność daje się zauważyć w wynikach poszukiwań, odnoszących się do krwi ludzi, chorych na gruźlicę. I tu mamy prace z badaniami ń tylko drobnowidzowemi, jak i takie, które uciekają się do badań pod drobnowidzem i na zwierzętach. I tu jedni znajdują laseczniki Kocha w znacznym odsetku u ludzi zdrowych (Kurashige w 59%), inni stwierdzają ich obecność prawie u wszystkich chorych lub podejrzanych o gruźlicę (Kurashige, Kennerknecht itp.). Niektórzy autorowie (Liebermeister) otrzymują rozmaite wyniki zależnie od tego, kiedy biorą krew od chorych — tuż przed śmiercią, czy w okresie bardziej oddalonym od zgonu. Zaznaczyć się godzi, że duży odsetek wyników dodatnich odnosi się do badań przeważnie tylko dorobnowidzowych. W naszem piśmiennictwie mamy pracę Rosenblatówny, która u osesków i dzieci 12 razy pod drobnowidzem znalazła pałeczki kwasotrwałe (na 32 badania). W zestawieniu z szczepieniami, dokonywanemi na zwierzętach, wyniki badań drobnowidzowych bardzo odbiegają zazwyczaj od wyników szczepień. Rumpf, który np. we wszystkich badanych przez siebie przypadkach stwierdził pod drobnowidzem laseczniki kwasoodporne we krwi, gdy szczepienie dało tylko 3 razy wynik dodatni, zastanawiając się nad tem wysoce paradoksalnem zestawieniem, sądzi, że albo laseczniki, przez niego stwierdzane, nie są lasecznikami Kocha, albo są to laseczniki nieżywotne, albo wreszcie wynik szczepień wypadał ujemnie na skutek jednoczesnego wprowadzania z zarazkiem niweczników, zawartych we krwi. Z tych samych powodów niektórzy autorowie wstrzykują krew całkowitą, inni jedynie osad, otrzymany w ten czy inny sposób po uwolnieniu go od krwi, inni stosują oba sposoby. Są i tacy, którzy, w obawie przed możliwością hamującego wpływu otrzewny, wolą wstrzykiwać krew pod skórę świnkom morskim.

Mimo wszystko rozbieżność, i to dość znaczna, istnieje między wynikami, otrzymywanemi przez rozmaitych autorów. Już sama rozbieżność co do wyników badań drobnowidzowych musi zastanowić każdego czytelnika krytycznego. Jeżeli wogóle zdumiewa prawie stale krążenie laseczników gruźliczych we krwi ludzi chorych, to cóż dopiero mówić o prawie stałej obecności prątków Kocha we krwi ludzi zdrowych, jak tego chcą niektórzy autorowie. Należy przy tem zauważyć, że tak łatwe znajdowanie laseczników w niewielkiej stosunkowo ilości krwi we wszystkich niemal badanych przypadkach przemawiałoby za krążeniem stałem we krwi sporej ilości zarazka, co znów musiałoby pociągnąć za sobą odpowiednie skutki pod względem występowania ognisk wtórnych i spraw rozsianych. Codzienne spostrzeżenia kliniczne zdają się odrazu przeczyć przypuszczeniu stałego krążenia laseczników swoistych (w znacznej przy tem ilości), spory zaś odsetek wyników dodatnich odczynów gruźliczych biologicznych bynajmniej nie musi iść w parze z obecnością laseczników we krwi. Należałoby więc przypuścić, że albo doświadczenia, dotyczące tylko badań drobnowidzowych, zawierają błędy, polegające na przyjmowaniu jakichś tworów kwasotrwałych za laseczniki swoiste, albo też że są to wprawdzie laseczniki kwasoodporne, lecz nieswoiste, pochodzące z zanieczyszczeń, lub też nieraz stwierdzane we krwi ludzi zdrowych, a pochodzące z kiszek lub z powierzchni skóry (Bergeron, Bezançon, Gouget, Pribram). Niepodobna wykazać w każdem z badań poszczególnych, na czem polegał błąd. To jednak potrzeba mieć na uwadze przy ocenianiu wyników badań za pomocą barwienia według Ziehl'a, że 1) pałeczki kwasotrwałe mogą pochodzić z wody wodociągowej, 2) z niedokładnie oczyszczonych naczyń, używanych do badań, 3) że, jak dowodzi Kahn, cząsteczki włóknika, otoczki krążków czerwonych mogą zatrzymywać barwnik czerwony, naśladując często pałeczki kwasotrwałe. A choć Haga nie podziela zdania Kahna, iżby otoczki czerwonych krążków i ciała wogóle białkowe krwi mogły przypominać prątki Kocha, to wypowiada jednocześnie przypuszczenie, że przyczyną błędów są pałeczki z zanieczyszczeń lub też te, które przypadkowo przedostają się do krwi przez śluzówkę dróg oddechowych, trawiennych czy moczopłciowych.

U nas Dębiński szukał prątków we krwi, otrzymując ją przez przystawianie pijawek i przez posiew krwi — z wynikiem ujemnym.

Tak czy inaczej samo drobnowidzowe badanie krwi na obecność laseczników Kocha, jako kryjące w sobie cały szereg możliwych błędów, nie może być wystarczającem i wymaga doświadczeń kontrolujących w postaci szczepienia krwi badanej zwierzętom zdrowym.

Lecz i te ostatnie próby nie są, jak się okazuje, wolne od zarzutów. Już powyżej wspomniano o tem, że niektórzy autorowie uciekają się do zastrzykiwań podskórnych a nie dootrzewnowych na tej jakoby zasadzie, że otrzewna odznaczać się ma większą nieco odpornością, dootrzewnowe więc wprowadzanie zarazka może dać mniej wyników dodatnich. Inni widzą przyczynę małego odsetka wyników dodatnich w porażającym wpływie krwi chorego, w której mają znajdować się ciała, hamujące rozwój zarazka gruźliczego. Jeszcze inni twierdzą, że, wobec niewielkiej liczby prątków, krążących nieraz czy stale we krwi chorego, jedynie wprowadzenie do ustroju zwierzęcia sporych ilości krwi może być miarodajne. Tem dziwniejszem wydaje się wobec tego rodzaju zastrzeżeń, że cały szereg autorów otrzymuje nieraz zupełnie rozbieżne wyniki, posiłkując się temi samemi metodami badania drobnowidzowego, lub też mają znaczny odsetek wyników dodatnich nawet wtedy, gdy do badania drobnowidzowego biorą niewielką stosunkowo ilość krwi. Mniejsza rozbieżność daje się zauważyć w wynikach badań, dokonywanych na zwierzętach.

Gdy Klopstock i Seligman, Möwes i Bräutigam, A. Mayer, Fischer i inni nie mogli stwierdzić wyniku dodatniego szczepienia krwi chorych na gruźlicę świnkom morskim, Rothacker i Charon 1 raz tylko mieli wynik dodatni (na 45 przyp.) w przypadku prosówki, Bernard z współpracownikami 4 razy na 41 chorych, Ameuille i Kindberg w 20%, Ischio Haga w 24,2% pod drobnowidzem i w 26,2% na zwierzętach, Möllers i Oehler, którzy tylko wstrzykiwali zwierzętom pod skórę krew odwłókniona ludzką, mieli 8,57% wyników dodatnich, zaś Weihrauch, wstrzykując niezmienioną krew świnkom do otrzewny, otrzymał podobny (7,4%) odsetek wyników dodatnich.

Badania nasze zapoczątkowaliśmy, jak już wspomniano, w r. 1912, t. j. wtedy, kiedy przeważnie ogłoszono prace, oparte na badaniach niemal wyłącznie drobnowidzowych. Wynik niektórych z nich był tak zastanawiający, że wprost zmuszał do osobistego przekonania się, jak istotnie stoi sprawa obecności laseczników we krwi chorych na gruźlicę. Nie było wtedy jeszcze w druku wielu z prac, już powyżej pobieżnie wspomnianych, nie było i klasycznego dzieła Calmette'a, który (1920 r.) jest zwolennikiem twierdzenia, że »w zakażeniu gruźliczem, nawet lekkiem, krew zawiera prawie stale prątki«, wyniki zaś ujemne wywołane są przez zużytkowanie małych ilości krwi, w której poza tem prawdopodobnie znajduje się pewna ilość t. zw. niweczników.

Ogółem zbadaliśmy na obecność laseczników gruźliczych krew 30 chorych na gruźlicę. W jednym przypadku krew badana była dwukrotnie, czyli wykonaliśmy 31 badanie. Krew braliśmy przeważnie od chorych gorączkujących z daleko posuniętą gruźlicą. U wszystkich chorych obecne były mniej lub więcej rozległe zmiany w płucach, u 11-tu zajęta była ponadto krtań, u 1-go krtań i przełyk, u 1-go opłucna (*pleuritis sicca*), u 1-go nerki, wreszcie w jednym przypadku stwierdzono przy badaniu pośmiertnem poza gruźlicą płuc i krtani guz serowaty w móżdżku.

W pierwszej serji, obejmującej 15 badań, wprowadziliśmy świnkom morskim do otrzewny krew całkowitą, wziętą z żyły chorego. Wstrzykiwaliśmy od 2 do 8 sz. cm., przeważnie po 5 sz. cm. W 4 przypadkach świnki padły w prze-

ciągu kilku, względnie kilkunastu dni, po szczepieniu z przyczyn ubocznych. Z pośród pozostałych 11 świnek 7 zabito, względnie padły po upływie 4—10 tygodni po szczepieniu, przy czem u żadnej z nich zmian gruźliczych nie stwierdzono. Cztery świnki, pozostawione przy życiu w czasie spostrzegania, trwającego kilka miesięcy, nie zdradzały jakichkolwiek objawów choroby. A zatem, w tej serji doświadczeń z 11 badań, które można uważać za miarodajne, wszystkie dały wynik ujemny.

Biorąc pod uwagę, że nieliczne laseczniki gruźlicze, znajdujące się we krwi całkowitej, wstrzyknięte wraz z nią do otrzewny świnki morskiej, mogą, ewentualnie, ulegać uszkodzeniu wskutek działania swoistych ciał przeciwbakteryjnych, przeszliśmy w 2-giej serji naszych badań do metod, umożliwiających zakażanie świnek odwirowanym osadem krwi, oddzielonym od osocza. Równocześnie część osadu poddawaliśmy dokładnemu badaniu drobnowidzowemu w preparatach, barwionych według Ziehl-Neelsena.

W serji 2-iej zbadaliśmy krew 16 chorych. W jednym przypadku świnka padła 2 dni po zastrzyknięciu osadu; po wyłączeniu więc tego doświadczenia na śwince pozostaje ogółem 15 badań, w których osad krwi zastrzyknięty został do otrzewny świnki morskiej oraz zbadany drobnowidzowo, i jedno badanie, w którem osad był zbadany tylko pod drobnowidzem.

W pierwszych dwóch doświadczeniach tej serji posiłkowaliśmy się metodą, używaną przez Kennerknecht, która, nawiasem mówiąc, znajdowała pod drobnowidzem pałeczki u chorych na gruźlicę w 100%, u osób podejrzanych w 90%, u osób, klinicznie nie mających objawów gruźlicy, w 44%. Wyniki te 13 razy były potwierdzone przez szczepienie zwierzętom. Do badań tych braliśmy do dwóch probówek z szczawianem potasu po 1 sz. cm. krwi i po odpowiednich manipulacjach — ściśle według przepisu Kennerknechta — osad jednej z nich po odwirowaniu badaliśmy pod drobnowidzem, osad zaś drugiej, zawieszony w niewielkiej ilości (do 2 sz. cm.) wody przekroplonej, zastrzykiwaliśmy śwince morskiej do otrzewny.

W dalszych 10 badaniach braliśmy od każdego chorego po 10 sz. cm. krwi, które wlewaliśmy bądź do 2 probówek, zawierających po 25 sz. cm. 0,2%-go roztworu szczawianu potasu, do każdej po 5 cm. sz. krwi, bądź też do 4 probówek z 12,5 cm. sz. szczawianu potasu po 2,5 cm. sz. krwi do każdej. W dalszym ciągu postępowaliśmy według Rumpf'a. Mianowicie płyn wirowaliśmy na wirówce elektrycznej w przeciągu 1/2—1 godziny. Po zlaniu płynu, do zawieszonego w 5—10 cm. sz. wody przekroplonej osadu dodawaliśmy czystej antyforminy aż do zupełnego rozpuszczenia się osadu. Przy 5 cm. sz. wody wystarczała zazwyczaj 1 kropla antyforminy. Następnie dodawaliśmy równą ilość 60% wyskoku i wirowaliśmy w ciągu 30—40 minut. Po zlaniu płynu, osad z jednej, względnie dwóch probówek badaliśmy pod drobnowidzem, osad zaś z pozostałej lub pozostałych probówek zawieszaliśmy w niewielkiej ilości fizjologicznego roztworu soli i zastrzykiwaliśmy śwince do otrzewny.

Jakkolwiek badania Kurashige, Quernera, Uhlenhuta i Seemanna, jak i wynik jednego z naszych badań — przemawiają za tem, iż antyformina, działając w użytem przez nas stężeniu i w przeciągu czasu, przez nas stosowanym, nie niszczy zjadliwości i żywotności laseczników gruźlicy, niemniej jednak w dalszych badaniach chcieliśmy się zabezpieczyć przeciwko tej ewentualności. W tym celu w ostatnich 4-ech badaniach poddawaliśmy działaniu antyforminy i wyskoku wyłącznie tę część osadu, którą przeznaczaliśmy do badania drobnowidzowego, część zaś, przeznaczoną do zastrzykiwania zwierzętom, przemywaliśmy tylko roztworem fizjologicznym soli, wirując płyn 40—80 minut, czyli 2 razy dłużej, niż uprzednio, stosując antyforminę. Osad odwirowany wstrzykiwaliśmy świnkom do otrzewny z niewielką ilością soli.

Jak już zaznaczono, badaliśmy w 2-iej serji krew 16-tu chorych na gruźlicę. Wynik badania drobnowidzowego był następujący: w 13 przypadkach nie znaleźliśmy tworów kwasoodpornych, przypominających laseczniki gruźlicze, w 3-ech zaś stwierdziliśmy obecność pojedynczych prątków o cechach morfologicznych laseczników gruźliczych. W wymienionych trzech przypadkach osad otrzymano z 5 cm. sz. krwi. W jednym z nich (dośw. Nr. 18) znaleziono po jednym prątku w dwu preparatach (z pośród trzech). W przypadku drugim (dośw. Nr. 21) na 3 preparaty znaleziono w jednym — jeden prątek kwasoodporny. Wreszcie w trzecim znaleźliśmy (dośw. Nr. 26) w jednym preparacie (z dwóch) 3 prątki kwasoodporne. Godzi się zauważyć, że przeglądaliśmy preparaty drobnowidzowe z możliwą dokładnością i uwagą, oglądając całą powierzchnię preparatu z pomocą stolika ruchomego.

Co się tyczy szczepień, to z pośród 16 świnek, zakażonych osadem krwi, jedna padła 2 dni po zastrzyknięciu osadu, przeto nie może wchodzić w rachubę, pozostałe zaś wyżyły i były obserwowane w ciągu czasu, wystarczającego dla rozwinięcia się sprawy gruźliczej. U jednej tylko, która padła po $2^1/_2$ miesiącach, stwierdziliśmy obraz uogólnionej gruźlicy narządów wewnętrznych, poparty dodatnim wynikiem badania gruczołów na obecność prątków Kocha. We krwi odnośnego chorego (dośw. Nr. 21) stwierdziliśmy również i pod drobnowidzem obecność prątków gruźliczych. Pozostałe świnki zostały zabite, względnie padły przygodnie w okresie 4—12 miesięcy po wprowadzeniu osadu do otrzewny. U żadnej z nich nie mogliśmy stwierdzić najmniejszych zmian, świadczących o obecnej lub przebytej gruźlicy.

Reasumując wyniki naszych badań, stwierdzamy, iż na 11 badań z wprowadzaniem 2-8 cm. sz. krwi całkowitej chorych na gruźlicę do otrzewny świnek morskich — wszystkie dały wynik ujemny. Przy poszukiwaniu laseczników Kocha w osadzie, otrzymywanym po odpowiednich manipulacjach, dokonanych z krwią, stwierdziliśmy pod drobnowidzem laseczniki w 3-ech przypadkach z 16-stu, więc w 18,75%, po zaszczepieniu zaś osadu świnkom — w jednym z 15-stu, czyli w 6,6%.

Zestawiając wyniki, otrzymane przez nas, z wynikami badań innych autorów, widzimy, iż, odnośnie do badań drobnowidzowych, odbiegają one znacznie od rezultatów prac, wykonanych w pierwszym okresie poszukiwań prątków Kocha we krwi, kiedy autorowie niektórzy stwierdzali ich obecność pod drobnowidzem w 89—100% przypadków. Najbliżej naszych wyników z prac okresu I-go (1910 r.) stoi praca Jessen i Rabinowicz, którzy podają wynik dodatni badania drobnowidzowego w 19,5%.

Odsetek wyników dodatnich w doświadczeniach ze szczepieniem — u nas 6,6% — stoi najbliżej wyników prac Möllersa i Oehlera (8,57%) i Weihraucha (7,4%). Czy ten nizki odsetek nie zależy istotnie, jak twierdzą niektórzy autorowie, od zbyt małej ilości krwi, branej przez nas do badań (2.—8 ctm. sz.), zaś w doświadczeniach z wstrzykiwaniem krwi całkowitej i od obecności niweczników — trudno orzec z pewnością. Według niesprawdzonych dotąd badań Klemperera w 5-ciu cm. sz. krwi chorych na gruźlicę znajdować się ma przeciętnie 2—5 laseczników gruźliczych, nigdy zaś więcej ponad 15—20, do zakażenia zaś świnki w warunkach doświadczalnych potrzeba, według tego samego autora, conajmniej 10 laseczników. Calmette i Massol podają również liczbę, przekraczającą 10 laseczników przeciętnej złośliwości, jako niezbędną przy wprowadzeniu dożylnem do wywołania zakażenia gruźliczego świnki morskiej. Może dalsze badania, oparte na bardzo dużym materjale i posiłkujące się dużemi ilościami krwi, przy zachowaniu możliwych środków ostrożności, rzucą jeszcze nieco światła w tej sprawie.

Nasze badania w zestawieniu z danemi z literatury pozwalają na wysnucie wniosków następujących:

1. We krwi chorych na gruźlicę płuc mogą znajdować się laseczniki gruźlicze, zdolne do rozwoju.

2. Bakterjemja ta nie jest stałą i daje się stwierdzić w stosunkowo niewielkiej liczbie przypadków.

3. Metoda drobnowidzowa laseczników Kocha we krwi chorych przewyższa pod względem liczby wyników dodatnich metodę szczepienia zwierzętom pracownianym, ustępuje jednak tej drugiej metodzie pad względem pewności wyników, kryje

bowiem w sobie źródła licznych błędów, szczególnie w rękach niedość doświadczonego badacza.

Piśmiennictwo.

A. Calmette. L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux 1920. — Ischio Haga. Ueber das Vorkom. und den Nachweis von Tuberk.-baz. im ström. Blute. Veröff. der Rob.-Koch-Stift. 1916. — Möllers u. Oehler. Die Tuberkelbac. im ström. Blut. Veröff. der Rob.-Koch-Stiftung 1916. — Weihrauch. Beitr. z. Klin. d. Tub. t. 39, r. 1918. — Dębiński. Djagnostyka gruźlicy, cz. I. — Rozenblatówna. Przegl. Pedjatryczny 1913, t. V. — L. Karwacki. Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej. Spraw. z posiedz. Tow. Nauk. Warsz. 1916, Nr. 9.

R. HERTZ, b. st. ordynator. Warszawa.

O zachowaniu się białych ciałek krwi w zimnicy.

Szpital I. Okręgowy (Ujazdowski). Oddział kliniczny chorób wewnętrznych.
(Kierownik Prof. Dr. E. Żebrowski, Ppułk.-lek.).

Napady zimnicy w naszym klimacie ustępują zazwyczaj szybko w następstwie działania chininy; przeważnie już na 3—4 dzień stosowania chininy *per os* ciepłota spada do normy i tylko w nielicznych przypadkach zmuszeni jesteśmy wstrzykiwać bądź to chininę, bądź też neosalwarsan. W tych czy innych przypadkach, pomimo stałego podawania chininy przez czas dłuższy, niema się często pewności, czy chory rzeczywiście został wyleczony zupełnie. Nawet u osobników pozornie zdrowych (normalna ciepłota, brak niedokrwistości, prawidłowa śledziona) można spostrzegać, zwłaszcza w pierwszych miesiącach, typowe nawroty, bądź też napady poranne, względnie później takie objawy, jak nerwoból, biegunki i inne objawy, co do których trudno powiedzieć, czy należy je odnieść do przewlekłej zimnicy, czy tylko są następstwem przebytego zakażenia. Ponieważ u osobników takich tylko wyjątkowo stwierdza się pasorzyty we krwi, przeto starałem się dociec, czy nie dałoby się zauważyć we krwi innych stałych zmian morfologicznych, które pozwalałyby ustalić, że zimnica jest jeszcze w okresie czynnym.

Już pierwsze badania przekonały mnie, a następne potwierdziły, że zmiany, dotyczące krwinek czerwonych, mianowicie anisocytoza, aniso- i hypocyto-chromia, nakropie nie Schüffnera oraz t. zw. zasadochłonne, następnie wielobarwliwość występują w okresie wolnym od gorączki niestale i wogóle nieczęsto; natomiast zmiany, spostrzegane w białych ciałkach krwi, zwłaszcza, o ile dotyczą wzajemnego ich stosunku do siebie, upoważniają do pewnych wniosków praktycznych. Zanim omówię je w szczegółach, przytoczę i dane z piśmiennictwa, o ile dotyczą zachowania się białych ciałek krwi w zimnicy wogóle. Według Ziemanna na początku napadu spostrzega się obojętnochłonną leukocytozę, która na szczycie i pod koniec napadu ustępuje miejsca neutropenji oraz względnej mononukleozie i limfocytozie; przy każdym następnym nawrocie leukocytoza zaznacza się słabiej; dla przewlekłej zimnicy charakterystyczna jest mononukleoza. Również Schilling (przyt. u Nochta, *Die Malaria 1910*) oraz Gotheim (*Fol. haem.* T. XI. Z. III.) widywali podczas napadu zimnicy nieznaczną neutrofilozę z przesunięciem obrazu krwi, według Arnetha, na lewo; po napadzie występowała leukopenja z mononukleozą i limfocytozą. Leukocytozę (do 10.000) i neutrofilję spostrzegał również v. Jagić (*Die diagnost. Verwertung des Leukocytenbildes 1919*), ale tylko podczas dreszczy i nie dłużej, niż pół godziny. Inne wyniki otrzymywali Loevy (*Fol. haem.* T. XX. Z. 2), Stoss (*ibidem*) oraz Wiener (*Klinik u. Therapie der Malaria 1918*), którzy podczas napadu najczęściej spostrzegali mononukleozę. Bardziej jednolite są wyniki autorów francuskich (przyt. u Rieux, *Fol. haem.* T. XVII. Z. 4); według nich w okresie poprzedzającym i na początku napadu, czyli w okresie dojrzewania schizontów i uwalniania się merozoitów, liczba białych ciałek krwi spada do 4—2.000 i niżej; pod koniec napadu, kiedy merozoity przedostają się do krwinek, leukopenja ustępuje miejsca leukocytozie, która trwa krótko i znów przechodzi w leukopenję. Leukopenja utrzymuje się dłuższy czas po napadzie i zależy od zmniejszonej liczby wielojądrowych obojętnochłonnych, przyczem liczba limfocytów pozostaje normalna, a nawet stosunkowo zwiększona.

Pewne wnioski praktyczne z zachowania się białych ciałek wyprowadza v. Jagić; a mianowicie utrzymuje, że trwanie monocytozy we krwi stanowi o możliwości nawrotu oraz Jardo (przyt. u Jagić'a), który uważa przypadek zimnicy za wyleczony dopiero wtedy, kiedy monocytoza ustępuje ze krwi.

Rozporządzając względnie wielkim materjałem zimniczym w Szpitalu Ujazdowskim na wiosnę 1921 r., dokonałem przeszło 150 morfologicznych badań krwi na preparatach mazanych i barwionych May-Giemsą u 100 chorych[1]). Badania te dadzą się podzielić na trzy kategorje: do pierwszej zaliczyłem badania, dokonane w okresie gorączki i tylko o tyle, o ile jednocześnie stwierdzono na preparatach obecność pasorzytów[2]) (54 chorych — 61 badań); druga kategorja obejmuje badania, dokonane w jakiś czas po napadzie (57 chorych — 79 badań); do trzeciej kategorji zaliczyłem przypadki, rozpoznawane, jako zimnica, w których przez dłuższy czas lub też zupełnie nie udawało się stwierdzić pasorzytów we krwi (8 chorych — 16 badań). Nie mogąc dla braku miejsca podać wszystkich tablic *in extenso*, ograniczam się do zestawienia pierwszej.

Liczba białych ciałek krwi, o ile sądzić można z preparatów, nie przekraczała zazwyczaj normy; w przypadkach, w których dokonano obliczenia, nie przekraczała 9.000; w 20-tu przypadkach była tak mała (leukopenja), że niekiedy niepodobna było obliczyć wzajemnego stosunku białych ciałek krwi (najniższa liczba 2.200); z tych 20 przypadków, w dziesięciu zanotowano względną limfocytozę, a w czterech względną neutrofilję. Co się tyczy pozostałych przypadków, to w 26 przeważała limfocytoza (od 33—70%), przyczem w 8 przypadkach limfocytozie tej towarzyszyła monocytoza (od 8% w zwyż); w 8 innych przypadkach występowała na plan pierwszy tylko monocytoza (od 8—14%); wreszcie w 6 przypadkach stwierdzono względną neutrofilję (75% i wyżej). Trzydzieści razy stwierdzono obecność eozynofilów (1—3%), tylko w dwóch przypadkach eozynofilja była większa (9 i 11%), co wskazuje, że w zimnicy krwinki eozynochłonne nie koniecznie giną w krwiobiegu. O komórkach plasmatycznych oraz myelocytach obojętnochłonnych, które niekiedy stwierdzałem w ilości bardzo nieznacznej, wspominam tylko pobieżnie. Nadmienić muszę, że nie udało mi się stwierdzić różnic zasadniczych w obrazie krwi u osobników, którzy dawniej chorowali na zimnicę, czy też teraz zapadali po raz pierwszy, jak również u leczonych, bądź nie leczonych chininą, wreszcie podczas pierwszego, czy też każdego następnego napadu.

Wnioski praktyczne. 1. Podczas napadu zimnicy nie stwierdza się tak wyraźnie zaznaczającej się na preparatach leukocytozy, jak to miewa miejsce w innych chorobach zakaźnych (dur powrotny, osutkowy);

2. najczęściej liczba białych ciałek krwi wydaje się być normalną, przyczem stosunkowo przeważają, i to znacznie, limfocyty. (Podobny obraz krwi przy gorączce stwierdza się w grypie, krztuścu, śwince, gruźlicy, kile, ziarnicy, po wprowadzeniu surowicy). Dość często limfocytozie towarzyszy, bądź też występuje samoistnie, monocytoza;

3. w przypadkach, które cechuje leukopenja ze względną limfocytozą, obraz krwi zbliżony jest do spostrzeganego w durze brzusznym (również w kala-azar i w gorączce maltańskiej): w innych znów, w których występuje leukopenja z neutrofilją, przypomina wzór, który się widuje w ciężkiej postaci posocznicy. W przypadkach takich obecność krwinek eozynochłonnych byłaby rozstrzygającą na korzyść zimnicy;

4. w zupełnie nielicznych przypadkach na plan pierwszy występuje względna leukocytoza;

5. w żadnym przypadku napadu zimnicy obraz krwi nie był normalny.

---

[1]) Badania w pracowni kol. Z. Szymanowskiego przy Szpitalu Ujazdowskim dokonane przezemnie osobiście, częściowo zaś przez laborantkę p. J. Olczykównę pod moim kierunkiem. Kol. Sz. i pannie O. składam na tem miejscu podziękowanie.

[2]) We wszystkich przypadkach mieliśmy do czynienia z postacią trzeciaczkową zimnicy.

Co się tyczy zachowania się białych ciałek krwi u chorych od dłuższego czasu (14 dni do 6—7—8 tygodni) już nie gorączkujących, to w żadnym przypadku nie stwierdzono leukopenji; w przypadkach, w których dokonano obliczenia, liczby białych ciałek krwi wahały się od 7—10 tysięcy; z pośród 79 badań, w 70-ciu znaleziono względną limfocytozę; w dwudziestu liczba limfocytów wahała się od 32—40%, w trzydziestu od 40—50%, w czternastu od 50—60%

TABLICA I. (podczas napadu).

L. p.	Nazwisko	N	E	L	MP	
1.	Walicki	54	1	41	4	leukopenja
2.	Konop.	36	—	62	—	leukopenja 2% basof.
3.	Jabł.	60	—	40	—	»
4.	Ros.	57	1.5	40	—	1.5 basof. 0.5 limfoc.
5.	Zwierz.	47	1	52	—	» »
6.	Eisen.	67	—	32	1	»
7.	Nys.	leukopenja z limfocytozą				
8.	Kuźn.	»				
9.	Gajc	»				
10.	Dziec.					
11.	Gogol.	83	0.5	10.5	4.5	leukopenja 1.5 plasto
12.	Maz.	75	—	25	—	»
13.	Sob.	76	—	22	2	» »
14.	Omiot	80	2.2	11.1	6.7	» »
15.	Pow.	leukopenja				
16.	Baba					
17.	Kaśniew . . .					
18.	Czyżewski . . .					
19.	Piel.					
20.	Kamm					
21.	Tarnoż . . .	57.6 28.	0.5 2	51.4 63	10.5 7	
22.	Truskol. . . .	34.5	1	53	10	1% basof. 0.5 myel.
23.	Woźn.	46.7	—	34	19.3	
24.	Redam	38	0.8	51	10	0.2 basof.
25.	Tomcz	43 58 26	1.5 — 3	46.5 26.5 65	9 15.2 5	0,3 basof. 1% basof.
26.	Matn.	22 39	3 1	73 49	— 11	2% plasm.

L. p.	Nazwisko	N	E	L	MP	
27.	Cios	37	—	51	2	
28.	Kasprzak . . .	50	1	45	1	
29.	Hoffer	48	1	45.5	5	0.5 basof.
30.	Orlicki	40 35	1.75 3	55 52	3.25 10	
31.	Dzużyk	44	4	50	2	
32.	Kamiński . .	56	3	37	4	
33.	Krasz.	60	0.5	39.5	—	
34.	Polacz.	53 57	6.5 9	37.5 33	3 1	
35.	Kamiński . . .	36	11	50	3	
36.	Drzązga	53.5	1	45	0.5	
37.	Gorczyński . .	45	1.5	49	4.5	
38.	Milewski . . .	50.7	0.7	45.3	3.3	
39.	Bogusz	60	1	37	2	
40.	Brzozowski . .	62.3	—	34	3.7	
41.	Ciapa	59	1.5	33	6.5	
42.	Wesołowski . .	75	—	12.7	12.3	
43.	Świątek	62 56	1.5 2.5	26 30.5	8 10	2.5% basof. 1% basof.
44.	Kupis	65	—	26	8.5	0.5 basof.
45.	Chorod.	63	—	28.5	8.5	
46.	Szrawski . . .	62	—	24	14	
47.	Janik	69.3	1.3	18.8	10.3	0.3 basof.
48.	Piętak	65	—	23	12	
49.	Gęsik	78.7	1.3	18.7	—	1.3 basof.
50.	Wilman	75	1	22	2	
51.	Czech	77	—	18.6	3.7	0.7 basof.
52.	Wiktor	75	—	20	4.7	0.3 basof.
53.	Poplas	76.7	—	20.7	2.6	
54.	Zieliński	76.7	0.7	17	5.3	0.7 basof.

UWAGA. N (neutrof.), E (eozynof.), L (limfoc.), MP (mono-kom. i formy przejściowe).

w sześciu od 60—70%; w 20 przypadkach limfocytozie towarzyszyła mononukleoza (powyżej 6% i do 15%). W pozostałych 9 przypadkach limfocytozy nie było; z pośród nich cztery razy stwierdzono monocytozę 8—11%, dwa razy eozynofilję 9—12%, w trzech obraz krwi był normalny. Normalny obraz krwi stwierdzono p. i. w 9 dni po ataku u chorego W., u którego w sześć tygodni później znaleziono 45% limfocytów, również u innych, u których 11 względnie 17 dni później znaleziono 44% limfocytów. Chory K., który chorował od 5—6 miesięcy i którego krew wykazywała nawet pewną limfopenję (raz 22, później 10% limfocytów), był wybitnie blady, miał na 2—3 palce powiększoną śledzionę i poprawiał się bardzo powoli. Z pośród 50 chorych, którzy po przebytym ataku zimnicy wykazywali, względną limfocytozę, tylko nieliczni zapadali ponownie, i to zupełnie niezależnie od stopnia limfocytozy (i mononukleozy). Podkreślić należy, że w tym okresie u wszystkich chorych stwierdzano eozynofile we krwi, w 18 przypadkach powyżej 4%.

Wnioski. Po przebytym napadzie zimnicy wzór krwi przez dłuższy czas pozostaje zmieniony i cechuje się dość znaczną limfocytozą. Trudno powiedzieć z całą pewnością, czy limfocytoza jest objawem towarzyszącym ukrytej zimnicy; być może, że (wraz z eozynofilją) jest objawem następczym po zakażeniu. W każdym razie uderza, że limfocytoza występuje niemal stale i wykrywała się u tych chorych, u których badania wykonano po 7—8 tygodniach; przy tem

limfocytoza sięgała tak wysokich cyfr, jakich po innych zakażeniach nie zdarzało mi się stwierdzać.

Wartość rozpoznawcza omawianego objawu — limfocytozy — uwydatnia się w przypadkach klinicznie wątpliwych, względnie takich, które znajdują się w obserwacji już w okresie bezgorączkowym. Dla objaśnienia przytoczę kilka przykładów z grupy trzeciej: Chory Pil. w szpitalu nie gorączkował wcale, analiza wykryła L 42.8, MP 5.2; po tygodniu typowy atak zimnicy. Chory Orl. przy pierwszym ataku L 55, MP 3, przy drugim L 50, MP 15, plasmodji nie znaleziono, podczas trzeciego ataku po raz pierwszy wykryto nieliczne pierścienie L 52, MP 10. Chory Blach. — nieprawidłowe wahania Ty od dłuższego czasu, znacznie powiększona śledziona; we krwi plasmodyj nie znaleziono; przy pierwszem badaniu L 46.5, MP 5, przy drugiem 46.8, MP 2.8.

Po kilku injekcjach neosalwarsanu i kilkunastu chininy śledziona wróciła do normy; ciepłota w przeciągu całego miesiąca utrzymywała się w normie; ostatnia analiza wykazała L 29, MP 5,5.

W przypadkach tych obecność limfocytozy umożliwiła właściwe rozpoznanie. Pamiętać należy o tem, że w zimnicy liczby limfocytów i dużych monokomórek często wzajemnie się uzupełniają.

JULJAN GOLDBERG. Warszawa.

Nalewka czosnkowa, jako środek obniżający ciśnienie krwi w naczyniach.

(Z Oddziału Władysława Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus).

Określanie ciśnienia krwi stało się zwykłą codzienną metodą badania, która posiada doniosłe znaczenie rozpoznawcze i dostarczą, obok innych danych klinicznych, materjału do rokowania. Wysokie ciśnienie krwi wpływa ujemnie na czynność samego serca, wywołując zmiany w mięśniu sercowym. Przy dłuższem trwaniu przyczynia się do osłabienia czynności serca, a nawet do zejścia śmiertelnego. Pozatem wysokie ciśnienie krwi przedstawia wielkie niebezpieczeństwo dla osobnika z powodu grożącego mu w każdej chwili wynaczynienia. Nic więc dziwnego, że, ze względu na doniosłą rolę ciśnienia krwi w powstawaniu i przebiegu cierpień krążenia, oddawna starano się w celu obniżenia ciśnienia krwi w naczyniach znaleźć środek mało szkodliwy i nadający się do dłuższego używania. Z nowszych środków ani gipsyna ani wasotonina nie zdobyły sobie praw obywatelstwa. Ostatnio L o e p e r i D e b r a y w »*Société Medicale des Hôpitaux*« (Nr. 24, str. 1032) [1]) podają wyniki swych badań: autorowie, wprowadzając *per os* od 15 do 30 kropli nastoju czosnku raz lub dwa razy dziennie, obniżali ciśnienie krwi w naczyniach. Przeważnie ulegało obniżaniu ciśnienie krwi skurczowe (do 30 mm Hg.), w mniejszym stopniu rozkurczowe. Spadek ciśnienia krwi występował zazwyczaj już w godzinę po wprowadzeniu nastoju czosnku, w 3-ch przypadkach opisywanych dopiero po 24 godzinach.

Według autorów obniżanie się ciśnienia krwi pod wpływem czosnku zależy od rozszerzania się naczyń dzięki nerwom naczynioruchowym.

Badania nad wpływem czosnku na ciśnienie krwi przeprowadziłem tymczasem na 50 chorych. [2]) Otrzymywały one w ciągu kilku tygodni od 15—30 kropli nastoju czosnku 2—3 razy dziennie. Wszystkie chore badane były codziennie lub co drugi dzień, tak że ogólna liczba dokonanych pomiarów ciśnienia krwi wynosiła 400. U kilkunastu chorych zarządzałem przerwy parodniowe, chcąc parokrotnie stwierdzić działanie czosnku u jednej i tej samej chorej.

Z pomiędzy 23 chorych, dotkniętych g r u ź l i c ą, pod wpływem nalewki czosnkowej wyraźnie obniżyło się ciśnienie krwi u 20 chorych, tylko u 3 chorych nie udało się obniżyć ciśnienia krwi. Przeważnie obniżało się ciśnienie krwi skurczowe: Mx. ciśnienia krwi zmniejszało się o 7—34 mm Hg; średnio spadek Mx. ciśnienia krwi wynosił 18 mm Hg, Ciśnienie krwi rozkurczowe obniżało się w słabszym stopniu, często wcale się nie obniżało; średnio spadek ciśnienia krwi rozkurczowego wynosił 7 mm Hg. Zmniejszone ciśnienie krwi utrzymywało się często i w parę dni po zaprzestaniu przyjmowania nalewki czosnkowej.

W przypadkach m i a ż d ż y c y naczyń na 13 badanych przypadków udało się obniżyć ciśnienie krwi jedynie w 9 przypadkach, w 4 przypadkach podawanie nalewki czosnkowej pozostało bez wpływu. Mx. ciśnienia spadało w ciągu 1—3 dób nieraz o 45 mm Hg; średnio spadek ten wynosił 28 mm Hg; w słabszym stopniu obniżało się ciśnienie rozkurczowe; średnio jego spadek wynosił 13 mm Hg.

TABLICA I.

		Mx.	Mn.	
Woźniak Marja lat 58 Atherosclerosis	21-go	152	60	3 razy dz. po 25 kropli nalewki czosnkowej
	22	132	65	
	23	130	55	przerwa
	24	142	65	
	25	142	60	25 kropli nalewki 3 razy dziennie
	27	128	50	
	29	120	50	przerwa
	30	132	55	
	31	142	50	30 kropli nalewki 3 razy dziennie
	5	128	50	

TABLICA II.

		Mx.	Mm.	
Rogulska Julja lat 57 Atherosclerosis	21-go	205	130	
	22	205	125	25 kr. nalewki czosnkowej 3 razy dziennie
	22	190	115	(w godzinę po przyjęciu nalewki)
	23	160	100	
	24	165	110	

		Mx.	Mm.	
Duz Józefa lat 42 Stenosis ostii venos. sin.	7/3	180	120	20 kr. nalewki czosnkowej 3 razy dziennie
	9	150	100	
	11	162	110	
	13	148	105	
	15	148	95	przerwa
	17	152	102	
	19	156	105	
	21	158	106	
	23	155	100	
	24	158	100	25 kropli nalewki 3 razy dziennie
	25	145	100	
	27	143	98	
	3/4	140	90	
	5	130	100	
	7	140	100	
	10	137	100	przerwa
	15	154	102	
	24	156	100	

Dwie tablice z przypadków najtypowszych objaśniają wyżej podane.

Spostrzeżenia z ujemnym wynikiem działania czosnku dotyczyły staruszek w wieku od lat 70—90, dotkniętych wybitną miażdżycą naczyń obwodowych.

W 3 przypadkach wady lewego ujścia serca obniżało się ciśnienie krwi przeważnie skurczowe. Dla przykładu przytoczę jeden z przypadków z wyraźnie dobrym wynikiem.

---

[1]) L'action hypotensive de la teinture d'ail par MM. Loeper et M. Debray. Bulletins et Memoires de la Société Medicale des Hôpitaux Nr. 24.

[2]) Nalewkę czosnkową ściśle podług przepisu L o e p e r'a i D e b r a y'a przygotowała już w roku zeszłym na żądanie dra J a n o w s k i e g o apteka Więckowskiego w Warszawie.

Chora ta z sinicą, dusznością, wysokiem ciśnieniem krwi brała jedynie nastój czosnku, występował przytem spadek ciśnienia krwi, duszność zmniejszała się, samopoczucie się poprawiało.

Z 14 przypadków z najrozmaitszemi cierpieniami (zapalenie opłucnej, dwa przypadki cierpienia nerek, histerja, nowotwór mózgu itd.) nalewka czosnkowa obniżyła ciśnienie krwi w 11 przypadkach, w 3 przypadkach podawanie czosnku pozostało bez wpływu. W jednym przypadku cierpienia nerek nie udało się obniżyć ciśnienia krwi, w drugim zaś Mx. ciśnienia krwi spadło z 210 mm Hg. do 165; Mm ze 120 mm Hg. do 105.

Rzecz prosta, że przy wyprowadzaniu wniosków należy uwzględnić te wahania w ciśnieniu krwi, które zachodzą normalnie u osobników, poddanych systematycznym badaniom w tym kierunku. Spadek ciśnienia krwi, otrzymywany przy stosowaniu czosnku w ciągu całego szeregu, dni przekraczał granice normalnych wahań wyraźnie, tak, że wątpliwości co do wnioskowania wyłączał w zupełności. Spadek ciśnienia krwi występował często już w godzinę po wprowadzeniu nalewki czosnkowej, nieraz dopiero na drugi lub trzeci dzień. Jeżeli 15 kropli nalewki czosnkowej nie wywiera odpowiedniego wpływu, dawkę należy zwiększyć do 30 kropli. Pomimo przykrego zapachu, chore dość chętnie przyjmowały nalewkę; na ogólną liczbę 50 jedynie dwie chore nie mogły znieść czosnku z powodu odrazy do jego zapachu. Na nerki i trawienie nastój czosnku złego wpływu u naszych chorych nie wywierał.

Powyższe badania oparte są dotąd na stosunkowo małej liczbie spostrzeżeń, ażeby można było na ich podstawie wyprowadzać zbyt daleko idące uogólnienia i wypowiadać pewne poglądy co do mechanizmu powstawania spostrzeganego zjawiska. Jednakże już na zasadzie naszego materjału twierdzić możemy, iż w olbrzymiej większości przypadków (40 spostrzeżeń na ogólną liczbę 50) nalewka czosnkowa działa niewątpliwie w sposób obniżający ciśnienie krwi. Zarysowuje się przytem już obecnie, że przypadki, w których środek ten wyraźnego działania obniżającego ciśnienie krwi nie wywiera, dotyczą albo osobników zdrowych, albo też osobników, u których ściany naczyń obwodowych uległy już tak znacznemu zwyrodnieniu, że aparat naczynioruchowy nie może już wywierać wpływu na zmiany światła naczyń, a co za tem idzie i samego ciśnienia. Pozatem działanie czosnku zdaje się zawodzić w przypadkach zapalenia nerek, które prowadzi do nagromadzenia w organizmie związków trujących, których działanie naczyniokurczące jest zbyt silne nato, ażeby czosnek mógł je zrównoważyć.

STEFAN STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.

Z zagadnień nauki o budowie osobniczej.

W rozwoju wiedzy, podobnie jak w rozwoju kultury, są nagłe wzniesienia, które przynoszą nowe wartości i prowadzą do przewartościowywania ustalonych pojęć, oraz spadki powolne, które wygładzają nowe, nieraz zbyt rewolucyjne idee, a niekiedy nawet znoszą je prawie zupełnie i przywracają wartości poprzednie wiedzy lub kultury. Takie fale powrotne w historji medycyny zdarzały się nieraz w zależności od jej kierunku spekulatywnego lub doświadczalnego. Rozwój pewnej jakiejś poszczególnej gałęzi wiedzy lekarskiej prowadził do zbyt jednostronnego ujmowania zjawisk, które musiało być następnie poprawiane, ulepszane, a nawet zmieniane. I obecnie jesteśmy w takim okresie — okresie nawrotu do poglądów z przed lat kilkudziesięciu, poglądów zupełnie zarzuconych wskutek rozwoju patologji doświadczalnej.

Wspaniały rozkwit bakterjologji w ciągu ostatnich lat pięćdziesięciu wywarł niezatarte piętno na filozoficznej myśli lekarskiej, stworzył pewien światopogląd, oparty na przesłankach nadzwyczaj prostych, przejrzystych. Uwidoczniło się to zwłaszcza na wielkiej grupie cierpień t. zw. zakaźnych. Tajemnicze pojęcie »choroby«, dzięki wykryciu zarazków swoistych, utraciło swój charakter mistyczny; drobnoustrój chorobotwórczy stał się wszech- i praprzyczyną, która miała tłómaczyć istnienie każdej choroby zakaźnej. Ten nowy kierunek przyczynowy (*causalismus*) chwilowo zapanował niepodzielnie w medycynie i święcił przez jakieś dwa dziesiątki lat tryumf zupełny. Zdawało się z początku, że obecność zarazka musi wywołać chorobę; utożsamiano z a k a ż e n i e z c i e r p i e n i e m. Ale wkrótce ta sama bakterjologja wykazała mylność tego założenia. Liczne spostrzeżenia, dotyczące roznosicieli zarazków (w durze brzusznym, cholerze), samozakażania (w zapaleniu nagminnem opon mózgowych, w zapaleniu włóknikowem płuc), zakażenia (np. kiłą lub gruźlicą) i odporności różnych osobników w jednakowych warunkach itp. — wszystko to zachwiało teorją przyczynowości, zaczęło powoli, ale stale poddawać w wątpliwość jej wartość bezwzględną. Wynikało coraz jaśniej, że niezawsze wystarczy obecność samego zarazka do wywołania choroby, że natomiast bardzo często — bodaj nawet, że zawsze — potrzebne są jeszcze warunki, ułatwiające w organizmie rozwój drobnoustroju swoistego i powstanie stanu chorobnego, mniej lub więcej ciężkiego. Wyłaniał się więc powoli odmienny kierunek, t. zw. kondycjonalizm (*conditionalismus*), którego zadanie polegało na wykryciu i podkreślaniu warunków, wpływających na wytworzenie stanu chorobnego. Jedne z tych warunków mają być niezbędne, konieczne do powstania choroby, inne podrzędne, poboczne, dodatkowe. A więc np. do wywołania duru brzusznego niezbędne są: czynnik etjologiczny, wywołujący to cierpienie, t. zw. zarazek swoisty, i stosowne podłoże, na którem może się rozwinąć, tj. odpowiednio przygotowane i wrażliwe na zakażenia jelito; inne czynniki, jak np. chwilowe osłabienie ogólne po jakiemś uprzednio przebytem cierpieniu, przemęczenie fizyczne lub umysłowe, przemijające upośledzenie czynności przewodu pokarmowego i t. d. i t. d, odgrywają rolę mniej lub więcej podrzędną. Jak widać z tego, czynnik etjologiczny, stanowiący dla kauzalizmu istotną przyczynę choroby, primum movens tego nader złożonego procesu biologicznego, w wykładni kondycjonalizmu stanowi tylko jeden z warunków — coprawda niezbędny, ale nie wyłączny. Staje się on tylko czynnikiem wywołującym, wywoływaczem choroby, i to jedynie w odpowiedniem podścielisku, które samo w sobie lub pod wpływem czynników (warunków) pobocznych zawiera jakby pewien zapas utajonej energji chorobnej, wyładowanej pod wpływem bodźca w postaci choroby. W ten sposób podścielisko jest nie mniej ważnym czynnikiem niż wywoływacz, który na podłożu obojętnem lub nawet odpornem nie spowoduje żadnych objawów chorobnych — pozostanie więc »filozoficzną« przyczyną, bez realnego jednak skutku. Niektórzy badacze posuwają się tak daleko, że cały punkt ciężkości przenoszą wogóle na podścielisko — ono właśnie jest praprzyczyną. Jako przykład, przytaczają różne sprawy patologiczne, z których każda może stanowić jednakowy skutek czynności różnorodnych zarazków, a więc n p. zapalenie włóknikowe płuc powstawać może pod wpływem różnych zarazków (choć najczęściej wskutek działania dwoinek swoistych) — czynnik etjologiczny nie jest tak ważny, jak specjalne usposobienie tkankowe, pewna gotowość narządu, względnie ustroju. Przenosząc to na inne zjawiska, n. p. fizyczne, możnaby porównać ustrój, w którym rozwija się choroba, z jakąś masą wybuchową, w której zawarta jest olbrzymia energja potencjalna, sam zaś zarazek — z bodźcem wywołującym wybuch, t. j. prowadzącym do wyładowania energji kinetycznej. Podobnie jednak, jak dla materjału wybuchowego bodziec taki może być rozmaity, więc przyrody mechanicznej (np. uderzenie), cieplnej (np. iskra), elektrycznej (np. prąd elektryczny), tak samo i bodziec etjologiczny, wywołujący tą samą chorobę, może być niekiedy różnorodny.

Nie wchodząc tu w szczegóły tych niezmiernie ważnych problematów o charakterze nietylko lekarskim, ale i filozoficznym, problematów, stanowiących podwaliny dwóch odrębnych światopoglądów, podkreślić wypada tylko to, co wypływa z ich wzajemnego tarcia, a co w ostatnich latach kilkunastu uwidacznia się coraz bardziej, mianowicie konieczność badania samego podścieliska, tj. człowieka, a więc jego budowy osobniczej, dalej związanej z nią skłonności do pewnych chorób lub odporności na nie, pewnych skaz, pewnych zboczeń czynnościowych.

Nauka o budowie (konstytucji) osobniczej musi być

zatem przystosowana do bardzo różnorodnych wymagań kliniki. Wychodząc z budowy normalnej człowieka, powinna ona wykazać najrozmaitsze odchylenia od normalnego typu morfologicznego i fizjologicznego, powinna uwidocznić wpływ dziedziczności lub znaczenie własności nabytych, powinna stworzyć wyraźny stosunek zależności pomiędzy odchyleniami nienormalnemi a każdym czynnikiem etjologicznym. Niestety, już samo określenie normy nastręcza trudności nieprzezwyciężone. Norma morfologiczna w każdej części świata, ściślej dla każdej rasy będzie różna: wśród europejczyków inna będzie dla rasy romańskiej, inna — dla rasy germańskiej, a zupełnie odmienna dla azjaty, czy to rasy mongolskiej, czy to rasy malajskiej itp. itp. Najprawdopodobniej i norma fizjologiczna, zwłaszcza, o ile dotyczy niesłychanie ważnego dla organizmu zespołu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jest równie zmienna, jak morfologiczna. I jedna i druga leżą, zapewne, w granicach wahań warjacyjnych, jakim ulega rodzaj »*homo sapiens*«. Dlatego też nauka o budowie osobniczej nie może się uciekać do norm idealnych, lecz do typów przeciętnych, które stara się ułożyć w pewne kategorje, różniące się między sobą tymi lub innymi zespołami morfologicznymi, temi lub innemi cechami, własnościami, skłonnościami. Stąd różnorodność kierunków t. zw. konstytucjonalizmu, różnorodność dróg, z których każda ma inne założenie, a często i inne cele.

Próbowano więc klasyfikować na podstawie zespołów cech anatomicznych, otrzymywanych na materjale sekcyjnym, lub badań antropologicznych na materjale żywym, na podstawie sprawności fizjologicznej tego lub innego układu, zwłaszcza nerwowego, na podstawie pewnych stanów, wyraźnie odbiegających od typu przeciętnego, a więc do pewnego stopnia już chorobnych, a wywołanych przez niedomogę lub przerost jakiegoś ważnego układu (np. chłonnego lub gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem itd. itd.).

Wszystkie te próby, jak wiemy, nie dały dotychczas ogólnej klasyfikacji i, prawdopodobnie, nigdy jej nie dadzą. Albowiem, jeśli nie każda choroba, to przynajmniej każda grupa genetycznie i klinicznie zbliżonych do siebie cierpień, opiera się na pewnych specjalnych odchyleniach i uszkodzeniach ustrojowych, które warunkują powstanie tej właśnie choroby, a nie innej, dla której niezbędne są znów inne warunki ustrojowe i zewnętrzne. Przeto dążeniem nauki o budowie osobniczej winno być stworzenie różnych układów klasyfikacyjnych, z których każdy podkreślałby warunki anatomiczne i fizjologiczne, ułatwiające powstanie pojedyńczej jakiejś choroby lub pewnej grupy cierpień pokrewnych. Dla klinicysty bowiem istnienie pewnego typu konstytucyjnego z jego skłonnościami i skazami musi stanowić podstawę, ułatwiającą orjentowanie się w ciężkości przebiegu samej choroby i dającą pewne wytyczne co do rokowania i leczenia.

I znowu uwidoczni się to najwyraźniej w tej grupie cierpień, która tak jasno uwypukliła przyczynowość w medycynie, a która dzięki ścisłemu sprawdzianowi doświadczalnemu, wkrótce uwydatniła konieczność badania budowy osobniczej — mianowicie w grupie ostrych chorób zakaźnych. A więc zupełnie odmienne muszą być wpływy budowy osobniczej np. podczas duru brzusznego i czerwonki, aniżeli w przebiegu tężca lub zapalenia nagminnego opon mózgowych, lub wreszcie w zapaleniu włóknikowem płuc albo w ostro przebiegającej gruźlicy. Stan przewodu trawiennego lub układu nerwowego lub narządu oddechowego stanowić będzie o stosunku do poszczególnego zarazka swoistego, wywołującego chorobę każdego z tych układów; poza tym warunkiem podstawowym do każdej grupy dołączą się jeszcze inne, podrzędne, zależne od układu, i zazwyczaj całkiem inne warunki.

Należy więc — jak widać z tego — już choćby dla tych samych grup chorób zakaźnych przyjąć różne podstawy klasyfikacyjne, nie pomijając przytem całokształtu rozmaitych cech anatomicznych i fizjologicznych budowy osobniczej. Należy zatem ustalić typy, które pozwoliłyby lekarzowi szybko zorjentować się, kiedy przebieg danej choroby zakaźnej — zakładając mniej więcej jednakowe warunki co do zjadliwości i ilości drobnoustrojów zakażających — będzie cięższy lub lżejszy, dalej, co wpłynie na kształtowanie się choroby, na czem można opierać rokowanie, z jakim czynnikiem należy liczyć się w leczeniu itd.

Naturalnie, rozszerzając to na wszystkie choroby zakaźne, zwiększymy liczbę typów; a przenosząc te same przesłanki na pozostałe dziedziny medycyny klinicznej (dział chorób wewnętrznych, chorób skórnych i in.), znajdziemy coraz to nowsze podstawy klasyfikacyjne. W ten sposób nauka o budowie osobniczej ma za zadanie stworzenie na podstawach morfologicznych i fizjologicznych różnych kategorji typów ludzkich i przystosowanie ich do potrzeb klinicznych, uwydatniając przytem różnorodność postaci chorobnych i zależność każdej z tych postaci od odpowiednich typów klasyfikacyjnych.

MAR. LANDSBERG, asystent kliniki Warszawa.

O badaniu sprawności trzustki zapomocą sposobu Wohlgemutha.

Z drugiej kliniki lekarskiej Uniw. Warszawskiego.
(Kierownik Prof. Kazimierz Rzętkowski).

Jednym z najmniej dla badania klinicznego dostępnych narządów jest trzustka. Toteż o schorzeniach jej sądzi się przeważnie na zasadzie zaburzeń w jej czynności; pewne objawy tej niedomogi, jak uporczywa biegunka, bóle w śródbrzuszu wraz z szybko postępującem charłactwem, są niemal charakterystyczne dla choroby tego narządu. Nie we wszystkich jednak cierpieniach trzustki objawy te występują wyraźnie, z drugiej zaś strony, znane są cierpienia i innych narządów, w których spotykamy się ze stanami podobnemi. Dlatego też dokładne rozpoznanie cierpienia trzustki musi być poprzedzone przez wykonanie kilku prób, pozwalających nam stwierdzić niedomogę czynnościową tego narządu, względnie stopień tej niedomogi.

Takie badanie czynnościowe polega na stwierdzeniu: a) wypadnięcia wydzielania zewnętrznego trzustki i b) wypadnięcia jej wydzielania wewnętrznego.

Do grupy pierwszej należy zaliczyć przedewszystkiem stwierdzenie bardzo wzmożonej ilości azotu oraz ciał tłuszczowych w stolcu; wiadomo bowiem, iż bez zaczynów trzustkowych białka i tłuszcze zostają przeważnie nieprzyswojone i znaczna ilość ciał tych, wprowadzonych do ustroju, jako pokarm, wydala się wraz z kałem. Takie ilościowe określanie „lienterji« jest związane z dokładnem obliczeniem azotu oraz tłuszczów pokarmowych i tych samych substancyj w stolcu dobowym (ściśle odgraniczonym) oraz azotu moczowego. Przeprowadzenie takiego bilansu jest żmudne i nie zawsze ściśle.

Daleko prostsza jest próba (Brugsch i Mueller) na obecność zaczynów trzustkowych, trypsyny, lipazy oraz amylazy, w stolcu. Próba ta, wypadająca dodatnio w stolcu człowieka zdrowego, ma na celu określenie jakościowe i ilościowe »*in vitro*« trypsyny, lipazy oraz djastazy. Rzeczywiście brak zaczynów tych mógłby być pewnikiem dla zupełnej niedrożności przewodów trzustkowych, jednakże, jak to wskazuje doświadczenie, w chorobach trzustki rzadko kiedy spotykamy zupełny brak jej zaczynów w stolcu. Dzieje się to po pierwsze, dlatego, że nie zawsze przewód Wirsunga ulega zupełnej niedrożności, i po drugie, że nawet przy zupełnie zamkniętym przewodzie Wirsunga zaczyny jelitowe oraz diastaza ślinianek zastępują częściowo zaczyny trzustki. Ilościowego zaś określania tych zaczynów nie można uważać za dokładne ze względu na trudności otrzymania ściśle odgraniczonego stolca dobowego oraz jego suszenie. Nieco lepiej przedstawia się już pod tym względem określanie zaczynów trzustkowych w soku dwunastnicowym, lecz właśnie w sprawach nowotworowych głowy trzustki oraz w przewlekłych jej zapaleniach, powodujących zgrubienie przeważnie głowy trzustkowej, przejście zgłębnika dwunastnicowego jest wielce utrudnione.

Daleko prostszym sposobem określania niewydolności czynnościowej trzustki jest podana przez Schmidta próba mięsna oraz próba jądrowa. Próba ta polega na faktach następujących: podczas kiedy pepsyna żołądka trawi przeważnie tkankę łączną, włókna mięsne oraz jądra komórek ulegają zniszczeniu dopiero pod wpływem soku trzustkowego, nad-

mierna więc ich ilość w stolcu, występująca po podaniu odpowiedniego pokarmu, wskazuje na niedomogę trzustki. Próba ta, jak również próba glutoidowa Sahliego, należy do najprostszych. Zarzucają jej jednak, że występuje ona także w przypadkach biegunki, kiedy dane podłoże nie ma możności dłużej trwającego zetknięcia się z zaczynem. Z drugiej zaś strony, nieznaczne zaburzenia działalności trzustki mogą być nie wykryte przez ową próbę. Próba Winternitza, polegająca na zjawieniu się w moczu jodu po rozszczepieniu przez lipazę trzustkową etylowego estru kwasu monojodbehenowego ma raczej znaczenie teoretyczne.

Co się tyczy objawów zakłócenia działalności wydzielniczej wewnętrznej, to występuje ona w chorobach organicznych trzustki stosunkowo rzadko. Cukromocz pokarmowy, hiperglikemję oraz nadczułość na adrenalinę (Loewi) spostrzega się (i to nie zawsze stale) tylko w bardzo ciężkich cierpieniach trzustki, obejmujących cały jej miąższ.

Poddając krytycznemu przeglądowi wszystkie wyżej wspomniane sposoby określania funkcjonalnej niedomogi trzustki, widzimy, że tylko pierwszy z nich, mianowicie określenie bilansu azotowego i tłuszczowego, daje wyniki bezsprzeczne. Lecz, jak to już wyżej zaznaczyłem, metoda ta jest żmudna i wymaga dobrego chemicznego wyszkolenia; wszystkie zaś inne metody nie zawsze okazują się na wysokości zadania. Toteż nie brak nowych usiłowań, zdążających do szybkiego i łatwego wykazania niedomogi trzustki. Mam tu na myśli, obok niezrozumiałej teoretycznie i nieścisłej reakcji Cammidge'a, próbę Wohlgemuth'a na diastazę we krwi i w moczu; podczas gdy wszystkie wyżej wspomniane próby mają na celu wykazanie braku wydzieliny trzustki, próba Wohlgemuth'a polega na stwierdzeniu chorobliwego zwiększenia się ilości zaczynów tego narządu we krwi i w moczu. Diastaza, zaczyn rozszczepiający skrobię, zostaje wydzielana w ustroju przez trzustkę oraz ślinianki. W przypadkach schorzenia trzustki lub jakiegokolwiek ucisku nań z zewnątrz, sok trzustkowy przesącza się w zwiększonej ilości do krwi, tak samo, jak w chorobach wątroby wydzielina jej, żółć, zamiast do przewodów żółciowych, wędruje do krwi. I tak samo, jak wzrost poziomu bilirubiny krwi, przemawia za schorzeniem wątroby, zwiększona ilość diastazy krwi świadczy przy zdrowych śliniankach, o zaburzeniach w wydzielaniu zewnętrznem trzustki. Oprócz tych dwóch narządów, diastazę w większej mierze wydziela wątroba, i zdaniem Umbera, wskutek uczynniającej siły żółci na diastazę, i w cierpieniach wątroby powinno nastąpić przepełnienie krwi przez diastazę. Badania nasze w tym kierunku na 28 przypadkach żółtaczek zastoinowych nie wykazały wzmożenia diastazy we krwi, zwiększoną zaś jej ilość stwierdziłem w 5 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono, bądź przez chirurga, bądź na sekcji, mniejsze lub większe schorzenie trzustki. Widzimy więc, że obecność żółci, jakoby uczynniająca diastazę, przynajmniej we krwi, nie wpływa potęgująco na jej czynność.

Technika badania jest dosyć prosta: 8 próbówek (numerowanych) zadajemy jednym cm. sz. 0,9% rozczynu NaCl. do pierwszej probówki dodajemy 1 cm sz. surowicy krwi badanego osobnika; po skłóceniu zawartości pierwszej probówki, jeden cm sz. jej zawartości przenosimy pipetą do probówki 2-ej; po skłóceniu zawartości tej ostatniej znowu przenosimy 1 cm sz. do naczynia 3-go; tak samo postępujemy z pozostałemi probówkami. W ten sposób probówka 1-sza zawiera 0,5 cm sz. surowicy, probówka 2-ga 0,25, 3-cia 0,125, 4-ta 0,0625, 5-ta 0,03125, itd. Do każdej z tych probówek dodajemy po 2 cm sz. Q 1% rozczynu skrobi (*Amylum sulubile*)

6 numerowanych probówek wstawiamy do kąpieli wodnej, bacząc, aby jej ciepłota utrzymywała się stale pomiędzy 38 a 40 st. C. Po upływie 30 minut, po usunięciu kąpieli wodnej, wszystkie probówki zadajemy 3 kroplami N/5 rozczynu jodu. Ciemnoniebieskie zabarwienie, występujące w obecności skrobi, zjawi się w tych probówkach, w których skrobia ta nie została strawiona przez diastazę surowicy. W lwiej części przypadków otrzymywaliśmy ów charakterystyczny odczyn skrobi na jod w 3-ej probówce, tj. w tej, która zawiera 0,125 cm sz. surowicy 0,125 czyli że 0,25 cm sz. surowicy zdrowego człowieka w ciągu ¼ godziny zdoła strawić 2 mg skrobi.

Na ilość diastazy nie wpływa ani djeta ani stan gorączkowy. Co prawda w przypadkach żółtaczek oraz niedomogi nerek spostrzegamy zwiększoną siłę diastatyczną krwi, lecz owa nadwyżka w stosunku do krwi normalnej jest tak nieznaczna, że da się ujawnić przy próbach, trwających nie ½ godz. a 24 i dłużej godzin. Przy stosowaniu próby ½ godzinnej wzmożoną ilość diastazy zdołaliśmy stwierdzić w 5 przypadkach, w których bądź chirurgicznie, bądź przez autopsję wykazano niewątpliwe cierpienie trzustki. Badania powyższe, acz na nielicznych oparte przypadkach, wykazują, że próba określania diastazy we krwi posiada pewne znaczenie. Dla ilustracji przytoczę krótki opis choroby Ignacego B., w którym to przypadku próba powyższa pozwoliła na dokładne określenie schorzenia trzustki.

Chory ów przybył w listopadzie r. u. ze skargami na dotkliwe bóle w śródbrzuszu oraz biegunkę. Badanie wykazało: ogólne wychudzenie, lekki opór w górnym śródbrzuszu, przy głębokiej palpacji wyczuwało się pewne walcowate ciało, nie przesuwające się przy oddechu i nie należące ani do żołądka, ani do grubego jelita. Badanie żołądka wykazało: ogólna kwasota 26, wolna kwasota 8; krwi ani pałeczek Boasa, ani kwasu mlecznego nie wykryto. Stolec 2—3 razy dziennie, obfity, zawiera sporo śluzu, leukocyty w ilości znacznej; szczególną uwagę zwracają kropelki tłuszczowe w znacznej ilości oraz liczne niestrawione włókienka mięsne (szczególnie po spożyciu befsztyka). Badanie na krew ujemne. Badanie moczu: odczyn Ehrlicha dodatni, cukru niema, odczyn Cammidge'a ujemny. Po spożyciu 150 gr cukromocz nie występuje. Próby na obecność zaczynów trypsycznego, diastatycznego i lipazy dodatnie. Krew: białka 7,6%, cukier 0,11%. Badanie dwunastnicy bez rezultatu: oliwka Einhorna nie przechodzi do dwunastnicy.

Po 2 tygodniach pobytu chory uskarża się na bóle przy przełykaniu, sonda nie przechodzi do żołądka.

Roentgen wykazuje brak zaległości w żołądku po godzinie; kasza barytowa powoli i cienką smugą przechodzi przez okolicę wpustu, nie kierując się poziomo ku dnu żołądka, lecz, okalając górną część żołądka, udaje się na lewo ku dolnej krzywiźnie, którą powoli wypełnia, po pewnym czasie widzimy zaciemnienie tylko dolnej części żołądka, górna zaś część jest wolna od barytu. Czynne oraz bierne ruchy żołądka tego defektu nie wypełniają. Okolica odźwiernika prawidłowa.

Wobec powyższego, ustalono rozpoznanie jako ca (Scirrhus) *reg. super. curvaturae min. ventriculi*. Jednakowoż liczne włókienka mięsne w stolcu nasuwały podejrzenie co do schorzenia trzustki; z drugiej zaś strony podobny objaw stwierdzamy i w biegunkach jelitowego pochodzenia, a w danym przypadku śluz, większa ilość leukocytów w stolcu oraz anamnestyczne dane mogłyby przemawiać za cierpieniem jelit.

Jednakże próba Wohlgemuth'a wykazała, że ilość diastazy krwi w danym przypadku była znacznie zwiększona. (Odczyn na skrobię występował nie w 3-ej, jak u osobnika zdrowego, lecz dopiero w 5-ej próbówce). Wynik ten upewnił nas co do współistniejącego cierpienia trzustki, mocno zaś zaznaczony odczyn na urobilinogen w moczu wskazał nam na pewną niedomogę wątroby (przy ujemnej reakcji hemoklastycznej Widal'a).

Wobec coraz bardziej występującej dysfagji chory poddał się operacji gastrostomji (prof. Radliński).

Autopsja »*in vivo*« wykazała: *scirrhus curv. minor. ventriculi*, *metastases in pancreate et in hepate*.

Przerzuty rakowe znajdowały się przeważnie w trzonie trzustki, podczas gdy głowa była zupełnie wolna; w ten sposób rozumiemy dlaczego, mimo schorzenia trzustki, stolec nie był pozbawiony jej wydzieliny: schorzenie to bowiem nie dotykało ani *papilla Vateri*, ani też sporej części trzustki, zupełnie prawidłowo funkcjonującej; ucisk zaś na trzon spowodował przedostanie się większej ilości soku trzustkowego (a więc i diastazy) do krwi.

Widzimy więc, że stosowanie kilku prób, z szczególnem uwzględnieniem próby Wohlgemuth'a, może nietylko wykazać sam fakt cierpienia trzustki, ale i niejako owo schorzenie umiejscowić.

BRONISŁAW SZERSZYNSKI, Warszawa.

O zaburzeniach nerwowych w ścianie brzusznej w zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Z I. kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyr. Prof. A. Leśniowski).

Od czasu, gdy Head i Mackenzie opisali (w r. 1892), jeden niezależnie od drugiego, zmiany czucia w skórze brzucha w przebiegu schorzeń narządów jamy brzusznej, sprawa ta — i specjalnie zaburzenia czucia w zapaleniu wy-

rostka robaczkowego — nie przestają interesować klinicystów. Piszą o niej Sherren, Kirmisson, Metzger, w naszem zaś piśmiennictwie poruszył ją niedawno Janowski. Ostatnio Uhlmann (1921 r.) wyciąga wnioski praktyczne z umiejscowienia tego rodzaju zmian czucia. Zachodzi jednak duża różnica poglądów na wartość praktyczną tego objawu: Sherren i Uhlmann np. uważają go za cenny nabytek w diagnostyce schorzeń narządów jamy brzusznej, gdy inni autorowie (Moll von Charante, Faber, Kast) wręcz odmawiają mu tego znaczenia Podobna rozbieżność zdań istnieje i co do szczegółów: Head, Mackenzie, Janowski, Uhlmann piszą o przeczulicy powłok brzusznych, Metzger zaś znajdował przytłumienie czucia; Uhlmann stwierdzał przeczulicę w przypadkach ropni przywyrostkowych, Sherren — brak zmian czucia. Dla wyjaśnienia tych różnic, głównie zaś, chcąc przekonać się, czy rzeczywiście objaw ten może mieć jakąś wartość praktyczną, zacząłem badać czucia powłok brzusznych u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego zarówno z ostrem i podostrem, jak i z przewlekłem, lub po uspokojeniu się objawów ostrzejszych. Badanie polegało na stwierdzaniu wrażliwości na dotykanie palcem lub tępym przedmiotem wrażliwości bólowej (kłucie szpilką i szczypanie palcami), wreszcie na określaniu wrażliwości cieplnej za pomocą dotykania probówkami z gorącą lub zimną wodą. Czucie chorej strony porównywałem z czuciem zdrowej, dolną połowę brzucha z górną, brzuch z klatką piersiową lub kończynami. Dla ścisłości do statystyki mojej nie wciągałem chorych ze schorzeniami nerwowemi, osób bardzo wrażliwych, ciężko chorych itp.

Z pośród 80 chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego zmiany czucia w skórze brzucha stwierdziłem u 60, czyli u 75%: w 22 przypadkach — przeczulicę, w 38 — przytłumienie czucia, w 20 — albo zmian czucia nie było wcale, albo chory dawał odpowiedzi zmienne. Zaburzenia te występowały nie we wszystkich przypadkach z tą samą wyrazistością, u niektórych były one bardzo wybitne i sami chorzy natychmiast orjentowali się co do nich, kiedyindziej stwierdzenie ich wymagało dokładniejszego badania i skupienia ze strony chorego. W przypadkach ostrych chorzy z przeczulicą niekiedy skarżyli się, że boli ich skóra, jak po oparzeniu. Co się tyczy umiejscowienia i rozciągłości tych zmian, to zajmywały one w typowych przypadkach powierzchnię, ograniczoną od góry linją pępkową, od strony bocznej — linją pachową przednią prawą, kolcem biodrowym przednim górnym i w części więzadłem Pouparta, u dołu sięgały na 3 do 5—6 palców poprzecznych poniżej pępka, od strony przyśrodkowej zmiany czucia dochodziły najczęściej tylko do brzegu bocznego mięśnia prostego brzucha prawego, rzadziej sięgały linji pośrodkowej. Od tego typu zdarzają się niekiedy odchylenia, zwłaszcza w przypadkach ostrych lub podostrych — odchylenia, polegające na zwiększeniu się opisanej powierzchni — głównie ku górze, na 1—2 do 3—4 palców poprzecznych powyżej linji pępkowej, rzadziej ku dołowi lub bocznie aż na okolicę lędźwiową. W wyjątkowych razach cała prawa połowa brzucha wykazywała te zmiany, zachodziły one nawet na łuk żebrowy prawy, niekiedy aż do wysokości brodawek. Nie wszystkie rodzaje czucia ulegały zmianom w stopniu jednakowym. Częstokroć widzimy zmiany, dotyczące wszystkich zarówno rodzajów czucia skórnego, niekiedy jednak można było stwierdzić zmiany jedynie poszczególnych rodzajów czucia, np. bólowego lub cieplnego z pominięciem dotykowego. Nawet czucie bólowe zachowywało się niejednakowo, w zależności od sposobu badania: zdarzało mi się dość często stwierdzać przeczulicę przy szczypaniu skóry, gdy kłucie chory czuł prawidłowo*). Tutaj dodać muszę, że najczęstsze zmiany dotyczyły czucia bólowego (przy szczypaniu) oraz cieplnego.

Jeśli teraz zestawimy wynik badania czucia skórnego z innemi danemi klinicznemi, to uwagę naszą zwraca to, że przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w których przeczulica trzymała się przez czas dłuższy (od kilku do kilkunastu dni), przebiegały dość łagodnie, objawy ostre ścichały szybko, chorych można było wcześnie operować „na zimno“. I z punktu widzenia anatomo-patologicznego przypadki te można zaliczyć do łagodnych: nacieków w nich nie wyczuwałem, a podczas zabiegu nie znajdowano ani ropy, ani przedziurawienia lub zgorzeli wyrostka. W 7-miu tego rodzaju przypadkach ostrych, operowanych w dwa tygodnie po uspokojeniu się sprawy, można było jamę brzuszną zaszyć całkowicie, nie zakładając sączka. Inaczej rzecz się miała ze spostrzeżeniami, w których stwierdzałem albo przytłumienie, albo też brak zmian czucia. Na 15 takich chorych u 7-u wyczuwałem nacieczenie w prawym dole biodrowym, u 5-u znaleziono ropień przywyrostkowy podczas zabiegu, u 3-ch ślady przedziurawienia wyrostka i zrosty dokoła. Wszystkie 9 przypadków ostrych, w których wypadło sączkować jamę brzuszną, należały do tej kategorji zmian czucia Czas występowania tych zaburzeń w ostrym okresie oraz zmiany natężenia ich są różne dla przeczulicy i dla przytłumienia czucia. Przeczulica zjawia się jednocześnie z innemi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. trwa zwykle 6—7 do kilkunastu dni i stopniowo słabnie, w miarę uspakajania się sprawy zapalnej. W wyjątkowych razach przeczulica może zniknąć w początkowych dniach, pomimo trwania ostrych objawów (wskazuje to, zdaniem Sherrena, na wytworzenie się ropnia, przedziurawienie lub zgorzel wyrostka). Przytłumienie czucia natomiast występuje nie odrazu: zwykle mamy z początku brak zmian czucia i dopiero po upływie kilku — kilkunastu dni można stwierdzić lekkie przytłumienie czucia, które powoli wzmaga się, dosięgając stopnia najwyższego niekiedy po upływie miesiąca, po czem zaczyna słabnąć. Zmiany te trzymają się jeszcze po zabiegu wycięcia wyrostka: w jednych przypadkach po parę dni lub tygodni, w innych — miesiącami.

Powyższe uwagi zgadzają się w głównych zarysach z wynikami badań Sherrena, który przyszedł do następujących wniosków: 1. przeczulica towarzyszy ostremu zapaleniu wyrostka robaczkowego prawie stale w pewnym okresie schorzenia, 2. wyjątek stanowią przypadki, przebiegające bardzo ostro, ze zniszczeniem tkanki wyrostka lub przypadki po przebytem poprzednio ciężkim napadzie, 3. nagłe zniknięcie przeczulicy bez poprawy w ogólnym stanie wskazuje na zgorzel lub przedziurawienie wyrostka, 4. przeczulicy zwykle brak w przypadkach, powikłanych ropieniem. O przytłumieniu czucia w ostrych przypadkach Sherren nic nie wspomina, choć w moim materjale w 8 przypadkach było ono bardzo wyraźne. Z zestawienia spostrzeżeń Sherrena z mojemi wynika, że zaburzenia czucia ulegają w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego pewnym zmianom i wahaniom, to też liczba 75%, wyprowadzona przeze mnie dla oznaczenia częstości spostrzegania zmian czucia w zapaleniu wyrostka robaczkowego byłaby z pewnością znacznie większa, gdyby chorego można było zbadać już w pierwszym dniu schorzenia, a nie — jak to miało miejsce w moich spostrzeżeniach — po upływie kilku — kilkunastu dni, oraz gdyby można było dłużej obserwować chorego: i w napadzie, i w okresie międzynapadowym.

Z przebiegiem podostrym lub wkrótce po uspokojeniu się ostrzejszych objawów spostrzegłem 33 przypadki, z nich w 8 zmian czucia nie stwierdziłem, w 11 czucie było przytłumione, w 14 — przeczulica. Wreszcie w pozostałych 26 przypadkach, o przebiegu przewlekłym lub badanych w okresie wolnym od dolegliwości, przytłumienie znalazłem w 21, brak zmian w 5. Naogół więc widzimy, że przeczulica jest właściwością raczej ostrego lub podostrego przebiegu, poza tem stanowi ona wyjątek. Przeciwnie, przytłumienie czucia zjawia się, w słabym co prawda stopniu, niekiedy już w pierwszych dniach napadu, ale wzmaga się w miarę przycichania sprawy zapalnej, w podostro przebiegających przypadkach występuje nieco rzadziej od przeczulicy, w przewlekłych zaś lub w okresie ponapadowym stwierdzamy je bardzo często.

Prócz tych zmian czucia skórnego u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego znajdujemy przeczulicę głębszych warstw powłok brzusznych — przedewszystkiem mięśni,

*) Mackenzie odróżnia przeczulicę skórną powierzchowną i głęboką. Pierwszą stwierdzamy dotykaniem lub kłuciem, drugą — ujmowaniem w fałdę skóry lub szczypaniem jej palcami. Pierwszy rodzaj, zdaniem M., jest rzadszy.

być może, i innych tkanek, w tej liczbie i przyotrzewnowej. Stwierdzić ją możemy, czy to ujmując w fałdę mięsień, np. mięsień prosty przy wiotkich powłokach, czy też wprost uciskając palcem odpowiednie miejsce ściany brzusznej. Koniecznym warunkiem ścisłości spostrzeżenia jest brak przeczulicy skóry w tem miejscu. Objaw ten, zdaniem Mackenzie'ego, jest tak częsty w schorzeniach narządów jamy brzusznej i występuje tak wyraźnie, że należy mu się więcej, niż dotychczas, uwagi ze strony klinicystów. Do rzędu tych zaburzeń czuciowych w zapaleniu wyrostka robaczkowego zalicza Mackenzie objaw, znamienny dla tego schorzenia — bolesność punktu Mac-Burney'a*) i tłumaczy go podrażnieniem gałązki nerwowej, przebiegającej w tem miejscu w głębi powłok brzusznych. Poglądu tego nie podziela wielu autorów, między nimi Hausmann i Kelling przypuszczają, że ból pochodzi z uciskania położonego na mięśniu lędźwiowo-udowym splotu nerwowego, który ulega podrażnieniu we wszystkich sprawach zapalnych w najbliższej okolicy. W każdym razie objaw ten nie zależy, zdaje się, od drażnienia chorego wyrostka (narządu, jak wiadomo, pozbawionego nerwów czuciowych i niewrażliwego na tego rodzaju bodziec)—tem bardziej, że anatomicznie punkt Mac-Burney'a nie odpowiada położeniu wyrostka robaczkowego, jak tego dowiedli na zwłokach Lanz, Hingenberg, Liertz i Garau. Liertz np. przekonał się, że igła, wkłuta w ten punkt, tylko w 6 spostrzeżeniach na 85 trafiła w wyrostek robaczkowy lub w pobliżu, że natomiast wkłuta w punkcie Lanza przekłuwała trzewia w odległości mniejszej, niż 2 cm od wyrostka robaczkowego. Lanz doszedł do wniosku, że punkt Mac-Burney'a odpowiada zwykle brzegowi przyśrodkowemu okrężnicy wstępującej, na 4—5 cm powyżej nasady wyrostka. Pogląd na tę sprawę Mackenzie'ego jest o tyle uzasadniony, że w zapaleniu przewlekłem wyrostka robaczkowego znajdujemy bolesność na ucisk nie tylko w punkcie Mac-Burney'a, ale i w pewnej od niego odległości oraz poza dołem biodrowym prawym. Dość często, bo u 19 chorych mogłem stwierdzić bolesność przy brzegu bocznym mięśnia prostego brzucha prawego na 2 palce poprzeczne powyżej linji pępkowej, jako pewną analogję punktu Morrisa. Niektórzy chorzy uczuwali ból przy uciskaniu na sam mięsień na tej wysokości lub przy ujmowaniu go w fałdę. Nieco rzadziej objaw ten występował na wysokości pępka, u niektórych chorych bolesny był brzeg mięśnia prostego, poczynając od miejsca nad pępkiem na 2—3 palce poprzeczne i kończąc na miejscu o 3—4 palce poniżej pępka, maximum zaś bolesności wypadało na punkt Morrisa.

Niekiedy i lewy mięsień prosty na tej samej wysokości bywa bolesny. U jednej np. z chorych najżywsza bolesność utrzymywała się wciąż przy uciskaniu lewego dołu biodrowego w odległości 4—5 cm od pępka, co skłoniło kolegę operującego do otworzenia jamy brzusznej nie cięciem Jataguier'a, jak zwykle, lecz w smudze, by móc obejrzeć trzewia w lewym dole biodrowym. Okazało się jednak, że trzewia i lewe przydatki wyglądały prawidłowo, tylko wyrostek, położony ze strony prawej wykazywał typowe zmiany. W kilku przypadkach mogłem stwierdzić bolesność głębokich warstw powłok brzusznych, nawet na bocznej powierzchni brzucha lub w okolicy lędźwiowej prawej.

Obok powyższych zaburzeń czuciowych u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego spostrzegamy zaburzenia ruchowe. Oprócz wzmożonego napięcia ściany brzusznej w przypadkach ostrych należą do nich zmiany, dotyczące odruchów brzusznych ze strony prawej, głównie dolnego, rzadziej środkowego, wyjątkowo górnego. Zmiany te polegają na osłabieniu odruchu w porównaniu ze stroną lewą, w niektórych przypadkach nawet brak odruchu prawego przy zachowanym lewym, w innych znów, przeciwnie, odruch prawy bywa mocniejszy od lewego. W ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, gdy mamy do czynienia ze wzmożonem napięciem mięśni brzusznych osłabienie odruchu uważamy za proste następstwo tego przemijającego stanu mięśni. W przypadkach natomiast przewlekłych lub w okresie ponapadowym zjawisko to musi mieć głębszą, bardziej stałą przyczynę i poniekąd wyrasta do znaczenia samodzielnego objawu chorobowego. Na takie zachowanie się odruchów brzusznych w schorzeniach narządów jamy brzusznej zwrócił uwagę Mackenzie, w zapaleniu zaś wyrostka robaczkowego specjalnie — Sicard, później — Metzger. W moich spostrzeżeniach różnicę między odruchami prawej i lewej strony stwierdziłem w 41 przypadku. Jeśli z liczby tej odrzucić 14 przypadków ostrych, w których różnica w odruchach mogła zależeć od wzmożonego napięcia mięśni, pozostanie nam 27 podostrych lub przewlekłych, w których objawu tego w taki sposób tłumaczyć nie możemy. Z liczby tych 27 spostrzeżeń w 13 osłabienie odruchu dolnego prawego było bardzo wyraźne, czasami był zupełny brak odruchu, w 7-miu różnica była niewielka, w 7-miu prawy odruch, przeciwnie, był mocniejszy od lewego.

Wytłumaczenie wyżej opisanych zaburzeń nerwowych zawdzięczamy, jak wiadomo, Headowi (t. zw. zony Heada) i Mackenzie'emu. Podrażnienie, wywołane sprawą chorobową w narządzie wewnętrznym, dochodzi do rdzenia drogą nerwu współczulnego i tu przenosi się na komórki nerwowe odpowiedniego odcinka rdzenia, które oddziaływują na nie stosownie do ich czynności: jedne dadzą zaburzenia czuciowe w odpowiednim odcinku powłok brzusznych, inne — zaburzenia ruchowe, w obrębie odnośnych mięśni. W świetle więc tej teorji osłabienie lub wzmożenie odruchów brzusznych ma za przyczynę zmianę pobudliwości komórek rdzenia, nie zaś zaburzenia czucia w skórze, jak mniemali Sicard i Metzger. Potwierdzają to moje spostrzeżenia: osłabienie odruchu stwierdzić mogłem nietylko w 14 przypadkach z przytłumieniem czucia w tej samej okolicy, ale i w 7-miu bez zmian czucia oraz w 3-ch z przeczulicą. Tak samo wzmożenie odruchu prawostronnego występowało nietylko u 3 chorych z przeczulicą, ale i u chorego z brakiem zmian i u 3 z przytłumieniem czucia. Widzimy więc, że przyczyna zmiany siły odruchów, w myśl teorji Heada i Mackenzie'ego, leży nie w czuciowej połowie łuku odruchowego, lecz w ruchowej.

W pewnym związku z tą sprawą pozostaje objaw, spostrzegany przez Wołkowicza u chorych z często powtarzającemi się napadami zapalenia wyrostka robaczkowego. Stwierdzał on w takich przypadkach zwiotczenie mięśni prawego dołu biodrowego, które był w możności wykazać za pomocą przyrządu Exnera i Tandlera, służącego do badania napięcia mięśniowego. Zdaniem Wołkowicza mamy tu do czynienia ze zmianami odżywczemi w mięśniach, przypominającemi podobne zmiany w ostrych sprawach zapalnych stawów, które Vulpian, Paget, Charcot i inni tłumaczą zmianami w rdzeniu pod wpływem podrażnień, idących z chorego stawu. Być może, zmiany takie w mięśniach brzusznych są przyczyną nie tylko osłabienia odruchu, ale i uporczywości tego zaburzenia już po wycięciu wyrostka robaczkowego. U jednej z chorych np. w 4 miesiącu po zabiegu nie znalazłem już pierwotnie stwierdzonego przytłumienia czucia, odruch jednak dolny i środkowy ze strony prawej poprawił się bardzo mało i pozostaje nadal słabszy od lewego.

Przechodząc do oceny znaczenia praktycznego wyżej opisanych objawów, zastrzec się muszę, że nie podzielam poglądu tych autorów którzy na umiejscowieniu zmian czucia chcą opierać rozpoznanie nieomal w każdym przypadku, z drugiej jednak strony nie zgadzam się z biegunowo przeciwnym poglądem, który objawom tym odmawia wszelkiej wartości rozpoznawczej. Zastrzeżenia moje dotyczą przedewszystkiem tych ostrych i podostrych postaci, w których rozciągłość zmian czuciowych jest tak duża, że obejmują one sąsiednie tereny skóry, zajęte zwykle w innych schorzeniach Dalej, umiejscowienie zmian czucia w kolce nerkowej, jak widać z rysunków Heada, jest tak podobne do umiejscowienia

*) Mac-Burney, opisując ten objaw w r. 1889, umiejscawia punkt bolesny w odległości $1\frac{1}{2}$—2 cali angielskich (+5 cm) od kolca biodrowego przedniego górnego na linji kolcowo-pępkowej prawej. Według Lejars'a punkt ten dotychczas zachował swe znaczenie kliniczne, ale zmienił swe umiejscowienie i obecnie określa się go, jako środek linji kolcowo-pępkowej. W ostatniem zaś wydaniu »Schmidt's Klinik der Darmkrankheiten« punktem Mac-Burney'a nazywa się miejsce skrzyżowania brzegu mięśnia prostego ze wspomnianą linją — to, co amerykanie nazywają punktem Morrisa.

w zapaleniu wyrostka robaczkowego, że w tym wypadku objaw ten nie może mieć znaczenia rozpoznawczego, z wyjątkiem chyba tych spostrzeżeń, w których zmiany te występują wysoko — w podżebrzu lub nisko — w pachwinie, jak to widać na rysunku Mackenzie'ego. Łatwiej byłoby odróżnić na zasadzie tego objawu zapalenie wyrostka robaczkowego od schorzeń narządów górnej części jamy brzusznej, jak pęcherza żółciowego lub dwunastnicy, ale tylko wtedy, gdy zmiany czucia w omawianem schorzeniu zajmują typowe miejsce i nie przekraczają u góry linji pępkowej. Co do schorzeń przydatków, to zachowanie się czucia skórnego w nich miałem możność sprawdzić na chorych w oddziale p. dra Grzankowskiego, któremu przy sposobności serdecznie dziękuję za uprzejme pozwolenie przeprowadzenia tych badań. Na 24 chore z tem schorzeniem tylko u 2 zmian czucia nie znalazłem, u 22 były one wyraźne: u 18 z obu stron, u 4 z jednej. Tylko w 2 przypadkach stwierdziłem przytłumienie czucia skórnego, gdy w pozostałych 20 przeczulicę. Ta ostatnia u większości chorych dotyczyła czucia dotykowego, cieplnego i bólowego (kłucie i szczypanie), w kilku jednak spostrzeżeniach znajdowałem ją tylko przy szczypaniu, gdy inne rodzaje czucia albo były niezmienione, albo nawet osłabione. Niekiedy przeważały zaburzenia z jednej strony, odpowiadało to zwykle większym zmianom anatomo-patologicznym po tej samej stronie. Rozciągłość zmian powyższych była dość różna. W większości spostrzeżeń zajmowały one powierzchnię od linji pępkowej do spojenia łonowego, w dodatku w jednych przypadkach były więcej wyrażone tuż poniżej pępka, w innych nad spojeniem. Czasami przekraczały one u góry linję pępkową na 1—2 palce poprzeczne lub nie dochodziły do niej, kiedyindziej u dołu nie dosięgały spojenia łonowego. Taka różnorodność umiejscowienia zmian czucia w zapaleniu przydatków zależy być może od tego, że według Heada w schorzeniach jajników występują zaburzenia w obrębie X nerwu grzbietowego, w schorzeniach zaś jajowodów — w obrębie XI i XII nerwów. W zależności więc od mniejszego lub większego zajęcia przez sprawę zapalną bądź pierwszego z tych narządów, bądź też drugiego, będziemy mieli taką czy inną powierzchnię skóry, dotkniętą temi zaburzeniami. Od zmian w zapaleniu wyrostka robaczkowego różnią się one może tem, że częstokroć sięgają niżej, bo aż do kości łonowych, różnica ta jednak nie jest stała, podobieństwo zaś wogóle tak duże, że posiłkować się temi danemi w różniczkowaniu między temi dwoma schorzeniami należy bardzo ostrożnie. Coprawda, niektórzy autorowie różnice tych zmian uważają za bardziej wyraziste, Uhlmann np. umiejscawia zmiany czucia w zapaleniu przydatków poniżej punktu Mac-Burney'a, Mackenzie — w pachwinie i poniżej, gdy w moich spostrzeżeniach sięgają one prawie stale do pępka. Różnica ta pochodzi, być może, stąd, że badane przezemnie chore były w okresie obostrzenia sprawy zapalnej, niektóre miały stan podgorączkowy, inne wysięki i to może daje zwiększenie się rozciągłości zmian czucia, jak to widzimy w takich razach w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Szczegółu tego nie miałem możności sprawdzić na chorych przychodnich, ze zmianami wyraźnie przewlekłemi. Większe już znaczenie rozpoznawcze posiada jedno- lub obustronne występowanie zmian czucia, choć nie jest ono wskazówką niezawodną, gdyż na 18 przypadków zmian dwustronnych widzimy 4 z zaburzeniami jednostronnemi, w zapaleniu zaś wyrostka robaczkowego w wyjątkowych razach mogą występować zmiany z obu stron, o czem wspominają Mackenzie i Sherren, co też spostrzegałem w jednem z moich przypadków. Pewną wartość rozpoznawczą posiada również ten szczegół, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego ropniom i naciekom w moich 14 spostrzeżeniach nigdy nie towarzyszyła przeczulica, również Scherren na 51 przypadków ropni przywyrostkowych stwierdził przeczulicę tylko 5 razy, w schorzeniach zaś kobiecych u wszystkich 3 chorych z ropniakiem jajowodu znalazłem przeczulicę. U czwartej, skierowanej do kliniki z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, badanie wykazało obok guza zapalnego w prawym dole biodrowym, opuszczającego się do małej miednicy, — wybitną przeczulicę ze strony prawej od linji pępkowej aż do wiązadła Pouparta. Na tej podstawie rozpoznawałem nie zapalenie wyrostka robaczkowego, lecz ropniak jajowodu, co też znalazło potwierdzenie podczas zabiegu.

U moich 80 chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego 38 razy stwierdziłem przytłumienie czucia, gdy w schorzeniach innych narządów jamy brzusznej wszyscy autorowie spostrzegali tylko przeczulicę. Nie posiadam pod tym względem osobistego doświadczenia, jedynie co do zapalenia przydatków mogę powiedzieć, że prawidło to potwierdza się, z małemi zresztą wyjątkami, na korzyść przytłumienia czucia. Coprawda, moje spostrzeżenia dotyczą chorych w okresie obostrzenia sprawy zapalnej w przydatkach, po uspokojeniu się jej, być może, czucie zachowywać się będzie tak, jak w przewlekłych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego. Gdyby jednak dalsze badania nie usprawiedliwiły tych moich zastrzeżeń, możnaby, sądzę, na zasadzie przytłumienia czucia w typowem miejscu odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego od schorzenia innych narządów jamy brzusznej.

Wreszcie, na uwagę zasługuje pogląd Uhlmanna, że na podstawie umiejscowienia i rozciągłości zmian czucia w skórze można różniczkować między schorzeniami organicznemi a czynnościowemi. W przedmiocie tym nie posiadam osobistego doświadczenia.

Z zestawienia powyższego wynika, że zaburzenia czucia w zapaleniu wyrostka robaczkowego mogą mieć w pewnych warunkach wartość rozpoznawczą. Rzecz prosta, w przypadkach typowych obraz kliniczny jest tak znamienny, że zbytecznem byłoby uciekać się do badania czucia. W pewnych jednak razach rozpoznanie tego schorzenia opiera się na danych niezbyt pewnych, na wywiadach i na bolesności punktu Mac-Burney'a. Tymczasem, ten ostatni objaw występuje niekiedy i w zapaleniu przydatków lub kamicy nerkowej, a czasami brak go zupełnie. Wtedy to, o ile nie chcemy polegać wyłącznie na danych z wywiadów, pozostaje nam szukać typowych zmian czucia w powłokach brzusznych. Z drugiej strony, w przypadkach orzeczeń sądowo-lekarskich lub wojskowo-lekarskich, o ile zachowanie się badanego budzi u nas nieufność, nie możemy polegać na wywiadach ani na stwierdzonej bolesności punktu Mac-Burney'a, jako na objawie podmiotowym. Stwierdzenie natomiast typowo umiejscowionych zmian czucia, a zwłaszcza osłabienie lub brak odruchu (niekiedy wzmożenie) ze strony prawej posiada wartość objawu przedmiotowego. Objawy te zresztą, nie mówią bezwzględnie na korzyść zapalenia wyrostka robaczkowego, bo występować mogą i w innych sprawach zapalnych w tej okolicy. Rolleston np. u chorego z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego i z przeczulicą w typowem miejscu znalazł podczas zabiegu, zamiast chorego wyrostka, rozpulchniony, obrzmiały gruczoł chłonny w pobliżu kątnicy.

Znajomość poruszonej wyżej sprawy ma prócz tego znaczenie dla klinicysty ze względu na to, że przeczulica powłok brzusznych niekiedy przypomina nerwoból i wtedy nie zawsze łatwo zorjentować się, z czem mamy do czynienia. Stwierdzenie bolesnych punktów i bolesności skóry w prawej połowie brzucha nie upoważnia jeszcze lekarza do rozpoznania nerwobólu i do zaniechania poszukiwania innych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, przeciwnie, na rozpoznaniu nerwobólu lekarz może zatrzymać się dopiero wtedy, gdy na zasadzie badania, a niekiedy obserwacji, przyjdzie do przekonania, że niema do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Oprócz rozpoznania klinicznego w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego ważnem jest rozpoznanie anatomopatologiczne i chirurg często musi znaleźć odpowiedź na pytania: czy jest przedziurawienie wyrostka? czy jest ropień? Zdaje się, że i pod tym względem badanie czucia skórnego nie jest pozbawione pewnej wartości. Sherren np. na 51 chorego z przeczulicą skóry tylko u 5 znalazł ropień przywyrostkowy, u 20 zaś bez przeczulicy — zgorzel lub przedziurawienie wyrostka. Podobnie i u moich chorych, jak podałem wyżej, przypadki z przeczulicą przebiegały bez ropienia, u chorych zaś z przytłumieniem lub brakiem zmian czucia stale stwierdzałem bądź naciek, bądź wyraźny ropień, bądź też przedziurawienie wyrostka oklejone.

Piśmiennictwo.

Head. »Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen« Berlin 1898. — Mackenzie. »Les symptômes et leurs interprétation« Paris 1918. — Sherren. Lancet 1903 str. 816. — Bérard et Vignard: L' Appendicite« Paris 1914. — Deaver. »Appendicitis« London 1913. — W. Janowski. Pol. Mies. Lek. 1917 Nr. 7. — Uhlmann. Archiv f. Verdanungskrankheiten T. 26 Z. 1—2. — v. Noorden. »Schmidt's Klinik der Darmkrankheiten« 1921. — Lejars. Sem. Méd. 11. III. 1908. — Metzger. Bul. Méd. 1905 str. 571.

Dr. med. A. WOJCIECHOWSKI, asyst. kliniki. Warszawa.

Kilka uwag o sympatektomji okołotętniczej.

Z pracowni anatomo-patologicznej I. kliniki chirurgicznej U. W. Dyr. Prof. A. Leśniowski.

Przeżywamy obecnie okres przewartościowania pojęć naszych o fizjologji i patologji układu współczulnego. Do niedawna skromne tylko w patologji ogólnej zajmujący miejsce, wysuwa się obecnie układ ten często na czoło zagadnień patologicznych, zwłaszcza, dotyczących zaburzeń krążenia. Coraz więcej widocznem się staje, jak wielki jest wpływ nerwów współczulnych na ukrwienie, na tętno i t. d. Coraz to nowe zaburzenia naczyniowe przypisywane są nieprawidłowemu działaniu układu współczulnego, jako to dusznica bolesna, choroba Raynaud'a, ból piekący (*causalgia*) etc. Zrozumiałe są też usiłowania kliniki bądź to zdania sobie sprawy ze stanu, w jakim znajduje się układ współczulny naczyniowy, (Barbier), bądź to próby zmiany jego czynności zapomocą zabiegu chirurgicznego, mianowicie wycięcia splotu okołotętniczego (Leriche). Większe naczynia krwionośne posiadają dwie siecie współczulne (Glaser), jedną powierzchowną wokoło naczynia, drugą pomiędzy błoną zewnętrzną, a mięśniówką; poszczególne włókna nerwowe sięgają aż do błony wewnętrznej. Mniejsze naczyńka posiadają tylko jedną sieć, ale nawet najmniejszym naczyńkom włoskowatym towarzyszą włókienka współczulne, oplatające się wokoło naczynia. W splotach naczyń jamy brzusznej, piersiowej i czaszki, tudzież tętnicy szyjnej znajdowano oprócz włókien — komórki zwojowe, co, zdaje się, wskazuje na dość znaczną samoistność układu współczulnego naczyniowego, a więc tem samem i na dość łatwe przystosowywanie się jego do warunków i potrzeb miejscowych. Ośrodki tych splotów współczulnych nie są nam jeszcze obecnie dokładnie znane i rozbieżność zdań pod tym względem jest znaczna. Natomiast nie ulega wątpliwości, że na przebiegu naczynia sploty te otrzymują liczne gałązki łączące od znajdujących się w pobliżu nerwów obwodowych. Co do włókien zwężających i rozszerzających światło naczynia — panuje również wielka niezgodność poglądów, zarówno co do ich istnienia, jak i przebiegu.

Leriche pierwszy w roku 1915 wykonał wycięcie splotu okołotętniczego i polecał następnie ten zabieg w najrozmaitszych schorzeniach i sprawach: ból piekący, owrzodzenia, początkowa zgorzel, obrzęki kikutów amputacyjnych, marskość sromu i t. d. W ślad za nim zaczęli i inni, przeważnie we Francji, stosować ten zabieg, a i u nas Sławiński kilkakrotnię wykonał tę operację z pomyślnym wynikiem. Sympatektomja polega na „oblupieniu" tętnicy na przestrzeni 6–8 cm z błony zewnętrznej. O ile zostało to należycie wykonane, tętnica bezpośrednio kurczy się, następnie wszakże rozszerza się, fala tętna staje się żywszą, tętnią nawet drobne gałązki, ukrwienie jest lepsze, ciepłota miejscowo zwiększona. Dzięki lepszemu ukrwieniu ubytki tkanek zabliźniają się znacznie prędzej (Leriche i Haour). Pomimo jednak, że sympatektomja okołotętnicza była już niejednokrotnie wykonywana i, zdaje się, powoli zyskuje sobie prawo obywatelstwa w chirurgji, niema, być może, innego zabiegu o tak niepewnym podłożu anatomicznem, fizjologicznem i klinicznem, jak ten właśnie. Pośród dość licznych prac odnośnych nigdzie nie znalazłem wzmianki, co dzieje się po upływie pewnego czasu w miejscu, gdzie splot okołotętniczy został wycięty, brak również badań doświadczalnych w tym kierunku. Wobec tego wykonałem szereg sympatektomij okołotętniczych na zwierzętach i na zwłokach ludzkich z następnem badaniem drobnowidowem. Do doświadczeń moich używałem królików, chociaż odpowiedniejsze, zdaje się, byłyby psy (wbrew mniemaniu Leriche'a), który twierdzi, że układ współczulny naczyniowy u psów ulega znacznym wachaniom). Wybierałem tylko młode, zdrowe zwierzęta i wycinałem splot okołotętniczy bądź tętnicy udowej (najczęściej), bądź szyjowej. Niektórym zwierzętom oprócz tego wycinałem w celach porównawczych górne zwoje szyjne, co wywołuje wiadomy zespół współczulny (przekrwienie ucha, objawy źrenicowe). Sam zabieg był wykonywany nieco inaczej, niż u człowieka, a to ze względu na niezmierną cieńkość ścian tętnicy u królika. Wszelkie próby nacinania błony zewnętrznej kończyły się zawsze zranieniem tętnicy. Wobec tego usuwałem błonę zewnętrzną na tępo; ujmowałem wydzieloną tętnicę ostrożnie w poprzek szczypczykami anatomicznemi i takiemiż bardzo delikatnemi szczypczykami zdzierałem cieniutką błonę, aż do mięśniówki, na przestrzeni $^1/_2$—1 cm. Przy ostrożnem postępowaniu udaje się w ten sposób usunąć błonę zewnętrzną bez uszkodzenia tętnicy; stroną ujemną jest to, że nie otrzymujemy równej linji jako granicy, lecz poszarpaną, Uważałem te tylko przypadki za udane, idąc za wskazówkami Leriche'a, gdzie po takim zdarciu następowało zwężenie naczynia poniżej; zwężenie to przeistaczało się później w rozszerzenie. W samem miejscu zdarcia tętnica zawsze odrazu, jeszcze podczas manipulowania, rozszerzała się dość znacznie. Po dokonanej sympatektomji układałem naczynie na miejsce i zeszywałem skórę szwem strunowym. Cięcie skórne było zawsze tak wybrane, ażeby nie stykało się z pęczkiem naczyniowym, co przy wielkiej przesuwalności skóry u królika jest rzeczą łatwą. Rany prawie bez wyjątku goiły się przez rychłozrost bez ropienia, i te tylko zostawały uwzględnione. Następnie po okresie 7, 14, 21, 30, 40, 50 i 75 dni odpowiednie odcinki naczyń zostawały usunięte i poddawane badaniu drobnowidowemu. Posługiwałem się albo przyżyciowem barwieniem błękitem metylenowym, albo metodą molybdenową Bethe'go, bądź oryginalną, bądź w modyfikacji Donaggio, lub wreszcie sposobem Bielschowsky'ego, po poprzedniem zadziałaniu pirydyną. Barwienie błękitem dawało mi ładne, lecz niestety nietrwałe obrazy i, jak wiadomo, nie bywa ono nigdy zupełne; metoda zaś molybdenowa, czy to wskutek mej nieumiejętności, czy to wskutek zwietrzałych odczynników (posługiwałem się jeszcze przedwojennymi) nie zawsze się udawała. Wobec tego najczęściej używałem srebrzenia, jako sposobu względnie pewnego i jednostajnie zabarwiającego wszystkie elementy nerwowe. Jednakże i ten sposób ma wielkie niedogodzości a mianowicie — srebrzeniu oprócz nerwów ulegają włókna tkanki łącznej (Maresch), śródbłonek, co znacznie zaciemnia obraz i utrudnia ocenę zmian nerwowych.

Przechodząc do wyników, zaznaczyć odrazu winienem, że nigdy nie udało mi się wywołać za pomocą sympatektomji okołotętniczej przekrwienia tak wybitnego, jak widujemy po wycięciu zwojów szyjowych współczulnych. Staje się to zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy sobie, że niepodobna usunąć cały splot okołotętniczy. Badając odcinki tętnic po tylko co dokonanej sympatektomji przekonałem się, że zarówno na zwłokach ludzkich, jak i u zwierząt po najskrupulatniejszem »obłupieniu« tętnicy pozostaje jednak znaczna część głębokiej (intraparjetalnej) sieci współczulnej, a nawet niekiedy cząstki sieci zewnętrznej. Przerwanie więc ciągłości splotu okołonaczyniowego nie jest zupełne. Pomimo to nie da się zaprzeczyć, że odruch rozszerzenia się naczynia poniżej i, co za tem idzie, lepszego ukrwienia jest dość wyraźny. Już wieczorem dnia zabiegu kończyna operowana jest cieplejsza; stan taki trwa kilka dni — tydzień, potem dotykiem różnic ciepłoty stwierdzić nie można. Lecz, operując powtórnie, drogą biopsji przekonać się można, że pewne rozszerzenie tętnicy i przekrwienie istnieje w dalszym ciągu i daje się to spostrzegać w ciągu 3—4 tygodni po pierwszym zabiegu. Jednakże coraz nieznaczniejszą staje się ta różnica i znika w ciągu drugiego miesiąca zupełnie, podczas gdy muszla uszna po wycięciu zwoju po tym samym czasie jest jeszcze ciągle wyraźnie przekrwioną. Co się tyczy zmian w miejscu zabiegu, to już w kilka dni po operacji znajdujemy delikatne zrosty i zlepy tętnicy z żyłą i mięśniami, w ogóle z otaczającemi tkankami w miejscu, pozbawionem błony zewnętrznej. W ciągu drugiego tygodnia występuje wyraźne bujanie tkanki łącznej, przekraczające

Operacja włókniaka macicy, mianowicie cięcie nadpochwowe lub całkowite usunięcie macicy włókniakowatej, kryje w sobie pewne ryzyko dla życia lub późniejszego zdrowia chorej. Wprawdzie istnieją statystyki niektórych wybitnych operatorów (Bumm, Franz i inni), którzy miewali serje po 100—200 przypadków operacyjnych włókniaka bez zejścia śmiertelnego, atoli statystyki, obejmujące większy materjał, jak n. p. statystyka Dame'go, nie wykazują tak pomyślnych wyników. Dame zestawił wyniki 8003 przypadków operacyj włókniaka macicy, ogłoszonych drukiem w ciągu ostatnich lat 10 i stwierdził że w 251 przypadkach było zejście śmiertelne (3,1%), w operacjach zaś drogą brzuszną wykonywanych śmiertelność wynosiła 3,7%. Powikłania pooperacyjne (zapalenie otrzewnej, niedrożność jelit, zakrzep, zator, zapalenie płuc) wystąpiły w 13,25%, uszkodzenia sąsiednich narządów pęcherza, moczowodu, krocza w 1%. Podług J. L. Faure'a[1]) śmiertelność po leczeniu operacyjnem włókniaków waha się około 5%.

Inaczej zgoła przedstawiają się wyniki naświetlania włókniaków promieniami Roentgena. Gauss zebrał z piśmiennictwa około 3000 włókniaków, w których stosowana była rentgenoterapja. Z danych jego wynika, że wyleczenie, t. j. uzyskanie amenorrhoeae, osiągnięto w 90 99%.

Odsetek wyleczeń zwiększał się z każdym rokiem w miarę stosowania coraz silniejszych jednorazowych dawek promieni. 3 przypadki śmierci (0,1%), które zanotowano w czasie naświetlania u osób wykrwawionych, w pierwszych latach stosowania rentgenoterapji, tłómaczyć należy zbyt słabą dawką promieni, które miały własności podrażniające, miast niszczących, dla pęcherzyków Graafa.

Zmniejszenie guza następowało w 68—86%, zanik zupełny w 21—32% przypadków. Uszkodzenia skóry po naświetlaniu włókniaków należą obecnie do rzadkości, bowiem z 14 przypadków zaniku skóry oraz 11 przypadków wrzodu na skórze, znanych w literaturze, ani jeden nie przekroczył 1913 roku.

Co się tyczy sposobu działania promieni Roentgena we włókniakach, to większość autorów, że wymienię Albeos-Schönberga, Beclère'a, Costa, Bertoletti, Wernera, przyjmuje jednoczesne działanie promieni na jajniki i macicę, przytem to drugie działanie, tj. bezpośredni wpływ promieni na samą macicę, odgrywa rolę podrzędną. Eymer w bardzo ciekawej pracy wykazał, że najwrażliwsze na działanie promieni są jądro i komórka jajowa największych pęcherzyków Graafa, na 5 tem miejscu dopiero stoją pęcherzyki pierwotne, na 8-mem ciałko żółte, na ostatniem — komórki nabłonka zarodkowego, pokrywającego jajnik.

Ta stopniowość w działaniu promieni na poszczególne elementy składowe jajnika tłómaczy nam czasowe ustanie miesiączkowania po naświetlaniu niezbyt wielkiemi dawkami promieni, spowodowane zanikiem największych i rosnących pęcherzyków Graafa z pozostawieniem pęcherzyków pierwotnych, które po upływie pewnego czasu rozwijają się i wywołują ponowne miesiączkowanie.

Słów kilka o przeciwwskazaniach do naświetlania. Bezwzględnie nie nadają się do naświetlania:

1. zeszypułowane włókniaki podśluzowe, częściowo zwodzone do pochwy, włókniaki podśluzowe zaś o szerokiej podstawie można śmiało naświetlać, 2. włókniaki uległe zgorzeli i sposoczeniu, 3. włókniaki, które dają objawy ostrego uwięźnięcia pęcherza, o ile silna dawka promieni nie prowadzi do szybkiego ustąpienia groźnych objawów, 4. włókniaki u kobiet młodych, u których operacja zachowawcza (wyłuszczenie) może utrzymać miesiączkowanie oraz zdolność do zajścia w ciążę i rodzenia, oczywiście, przy warunku że powyższa operacja w miarę rozwoju techniki dawać będzie niższy odsetek śmiertelności, statystyka bowiem Olshausena, obejmująca 563 przypadków wyłuszczenia włókniaków, wykazuje 10,5% śmiertelności, nowsza statystyka Abuladse podaje 767 przypadków z 9,2% śmiertelności. Nawrót cierpienia wystąpił w 14% — zajście w ciążę z 214 przypadków Wintera w 7 (3,26%), z 412 przypadków Engströma w 27 (6,8%); u jednego i drugiego autora odsetek zajścia w ciążę jest znacznie niższy od podanego wyżej odsetka śmiertelności pooperacyjnej.

Nie jest przeciwwskazaniem do naświetlania włókniaków podejrzenie co do zwyrodnienia mięsakowego guza — po pierwsze dlatego, że zwyrodnienie to występuje stosunkowo bardzo rzadko — na 21315 przypadków, zebranych przez Gaussa, zwyrodnienia mięsakowe stwierdzono w 1,06%, a powtóre dlatego, że, jak wykazują ostatnie doniesienia Seitza, rentgenoterapja mięsaków macicy daje 3 razy lepsze wyniki, niż operacja, która zaledwie poszczycić się może 25% trwałych wyleczeń. Dawka mięsakowa promieni jest 2 razy większą od jajnikowej.

Nie będzie również przeciwwskazaniem obawa jednoczesnego zwyrodnienia rakowego śluzówki trzonu macicy, bowiem w prawie każdym przypadku poszczególnym włókniaka przy wystąpieniu nieprawidłowych krwawień międzymiesiączkowych można za pomocą próbnego skrobania ustalić rozpoznanie a następnie wybrać odpowiedni sposób leczenia.

Nie jest wreszcie przeciwwskazaniem stosowanie promieni Roentgena we włókniakach powikłanych obecnością starych spraw zapalnych przydatków lub drobnych torbieli w jajnikach, bowiem te ostatnie rzadko dają wskazania do zabiegu operacyjnego, przytem, jak praktyka kliniki fryburskiej wykazała, we wszystkich odnośnych przypadkach rentgenoterapja cel zamierzony osiąga.

Zestawienie wyników operacyjnego leczenia włókniaków macicy i naświetlanie za pomocą promieni Roentgena daje niewątpliwą przewagę rentgenoterapji, którą uważać należy na ogół za najwłaściwszą metodę leczniczą we włókniakach macicy i najbardziej oszczędzającą siły fizyczne i moralne chorej.

Osobiste doświadczenie moje rozciąga się na 45 przypadków włókniaków, leczonych za pomocą promieni Roentgena. W 41 nastąpił brak miesiączki, w 4 przypadkach po kilkumiesięcznej przerwie zjawiło się ponowne krwawienie. W 2 przypadkach guzy, sięgające do żeber, znikły po upływie lat 2 i 3½. Każda chora otrzymywała po 4—8 seryj miesięcznych, składających się z 5—10 posiedzeń w ciągu 5 -10 dni kolejnych.

To zbyt ostrożne dawkowanie promieni, stosowane przez naszych rentgenologów, wzorujących się na Albers-Schönbergu i francuskiej szkole Beclère'a, nastręcza pewne uwagi. W wielu klinikach obcych stosują obecnie we włókniakach jednorazową dawkę dwugodzinną, rozłożoną na 1—2 dni, przy użyciu filtra z ciężkich metali miedzi lub cynku. Ogólna dawka nie przekracza 75 X, obliczanych za pomocą iontognantimetru Friedricha, umieszczonego w pochwie. U nas do wywołania cessationis mensium potrzeba od 20—80 posiedzeń dziesięciominutowych, rozłożonych na szereg miesięcy, co oczywiście jest bardzo męczące dla chorej. Wysuwanie argumentu, że metoda Beclère'a przez wielokrotne naświetlanie macicy skuteczniej od innych prowadzi do zmniejszenia i zaniku guza, zdaje się, polega na złudzeniu.

Promienie Roentgena nie wyczerpują atoli całego zakresu stosowania energji promiennej.

Do współzawodnictwa, bodaj czy nie zwycięskiego, staje rad t. j. curieterapja, wprowadzona przez Oudin'a, Vərchère'a, Lacapère'a Cheron i Bouchacourt'a we Francji — a dzisiaj na szeroką skalę prowadzona we wszystkich zamożniejszych klinikach, posiadających odpowiedni zapas soli radowych.

Rad stosuje się trzema drogami: przez skórę brzucha, przez pochwę, a właściwie przez tylne sklepienie, i wreszcie przez jamę trzonu macicy i przewód szyi. Cienką rureczkę, zawierającą od 50 do 100 mgr radu, wsuwa się do drugiej rureczki z ołowiu, platyny, mosiądzu, noszącej nazwę filtru; zakłada do macicy na przeciąg od 24—72 godzin przy jednorazowem naświetlaniu lub na 8—24 godziny, co kilka lub co kilkanaście dni. Ogólna dawka wynosi od 800—7200 miligram godzin (24×3×100).

Najprostszem, a mimo to skutecznem, było naświetlanie włókniaków, stosowane przez Rouffarta z Brukseli. Autor ten kładł na skórę brzucha na okolicę jajników po 50 mgr radu w ciągu 8 nocy kolejnych po 12 godzin, nadto do tylnego sklepienia pochwy również 50 mgr radu na 48 godzin.

[1]) Journal de radiologie et d' elekrologie t. IV. Nr. 4.

Filtr ołowiany 2 mm. Na 50 włókniaków tą metodą leczonych, uzyskał wyleczenie, tj. brak miesiączki, 49 razy.

J. L. Faure chętnie posługuje się radem w leczeniu włókniaków; zdaniem jego prawie zawsze wystarcza jedno posiedzenie.

Clark z Filadelfji wyraża się entuzjastycznie o działaniu radu w krwawieniach macicznych, wywołanych obecnością włókniaka. Wygłasza on zdanie, że żaden inny środek nie jest tak skuteczny i nieszkodliwy, jak rad; działa on z dokładnością zegarka i dlatego włókniaki u kobiet w wieku średnim, zdaniem Clarka, nie powinny być odtąd dziedziną chirurgji. Do roku 1921 ogłoszono około 1150 przypadków włókniaków, leczonych radem, wyleczenie uzyskano u 88,6—94.5%. Doniesienia powyższe wykazują, że w promieniach gamma radu, który, bodajże Beclère, nazwał rentgenem w kieszonce od kamizelki, znaleziono środek równie skuteczny, jak promienie Roentgena, mający natomiast nad ostatnim przewagę w prostocie techniki i możności stosowania przy łóżku chorego w każdych warunkach, czego dotąd nie można powiedzieć o promieniach Roentgena.

Z kolei przechodzę do leczenia raka macicy. Leczenie operacyjne raka trzonu macicy zapomocą doszczętnej operacji sposobem Wertheima, wobec faktu, że *operabilitas* w raku trzonu dosięga 100% a odsetek absolutnego wyleczenia dosięga 70—80%, jest zabiegiem celowym i wskazanym, natomiast w przypadkach raka szyi i części pochwowej macicy, które niestety stanowią 75%—90% wszystkich przypadków raka macicy, leczenie operacyjne za wyjątkiem bardzo wczesnych postaci daje dotąd wyniki mało pomyślne. Odsetek absolutnego wyleczenia po doszczętnej operacji raka szyi u najlepszych operatorów waha się pomiędzy 17% (Döderlein) a 28,6% (Bumm).

Z polskich statystyk znana jest statystyka kliniki krakowskiej Rosnera z r. 1911. Na 455 kobiet, dotkniętych rakiem macicy, które zgłosiły się do kliniki w latach 1900—1910, zaledwie u 60 tj. u 13% dokonać można było operacji doszczętnej.

Nie mamy dotąd polskiej statystyki trwałych wyników leczenia operacyjnego raka macicy, opierającej się na większym materjale i uwzględniającej postulaty Wintera, i dlatego z konieczności posługiwać się muszę materjałem obcym. Drugim niekorzystnym czynnikiem, obniżającym wartość rezultatów osiąganych drogą operacji raka macicy, jest wysoka śmiertelność pooperacyjna, która u Wertheima dochodziła do 25%, Bumma 25,8%, Rosnera 28,3%, Króniga 28,8%, w klinice w Tübendzie do 38%, u Marsa w pierwszej serji kilkunastu przypadków nawet do 40%, przeciętnie zaś waha się między 10 i 20%.

Krönig, jeden z najdzielniejszych i najbardziej krytycznie myślących ginekologów niemieckich, zadał sobie trud zbadania dalszego losu operowanych przez siebie chorych, dotkniętych rakiem macicy, i ogłosił drukiem wyniki swych dociekań, druzgocące świetne statystyki niemieckie. Krönig przekonał się, że po upływie lat 5 żyło zaledwie 5,85% operowanych, a po upływie lat 10 ani jednej chorej nie znalazł przy życiu. Zarzucił tedy zupełnie operacyjne leczenie raka macicy i posługiwał się odtąd radioterapją. Schauta zestawił wynik blisko tysiąca dokonanych przez siebie operacyj raka macicy i na podstawie wyniku zestawienia wypowiedział na schyłku życia (w r. 1917) również pesymistyczne zapatrywanie co do chirurgicznego leczenia raka macicy.

Tym środkiem, który wystąpił w pierwszym rzędzie do współzawodnictwa z operacją raka macicy jest rad.

Wiadomości o nadzwyczajnych wyleczeniach za pomocą promieni radu graniczyły niemal z cudownością, obiegły szybko cały świat lekarski, budząc ogromne nadzieje. Istotnie stwierdzano raz po raz trwałe wyleczenia, t. j. ponad 5 lat trwające, w szeregu zupełnie beznadziejnych przypadków raka. Przytoczę dwa przykłady. J. E. Faure na posiedzeniu paryskiego Twa chirurgicznego z dn. 24. III. 1920 podał przypadek następujący: W r. 1913 wykonał próbne cięcie brzuszne u chorej, dotkniętej rakiem macicy. Znalazł macicę wmurowaną w małą miednicę, otoczoną naciekami nowotworowemi. O usunięciu macicy nie mogło być mowy. Wobec tego zaszył powłoki brzuszne. Chora była następnie przez samego lekarza skierowana do naświetlania radem; wyleczyła się zupełnie. Badanie ponowne chorej po upływie lat 7 potwierdziło to wyleczenie.

Drugi przypadek omawiał Walthard na ostatnim zjeździe ginekologów niemieckich w 1920 roku. U chorej 62-letniej z powodu raka jajnika, który wrastał z jednej strony w szyję macicy, a z drugiej w esicę aż do śluzówki, usunięto macicę wraz z przydatkami oraz dokonano poprzecznej resekcji esicy. Po upływie 8 miesięcy stwierdzono ogromny nawrót guza, wypełniającego tym razem małą miednicę i zwisającego w postaci czopu ze sklepienia pochwy. Po ostrożnem wyskrobaniu guza, założono rad na 144 godzin bez przerwy w ilości 50, 100 i 150 mg bromku radu. Ogółem chora otrzymała 6900 miligram godzin czystego radu. Guz znikł, nastąpiło zupełne wyleczenie, trwające $6^1/_2$ lat.

Naświetlanie raka macicy promieniami gamma radu datuje się od r. 1909. Szereg klinik niemieckich od r. 1913 zarzucił zupełnie operację raka szyi, a nawet i trzonu macicy, i rozpoczął systematyczne i planowe próby naświetlania radem, względnie promieniami Roentgena. Niektórzy ginekolodzy, jak Döderlein, Krönig, Baisch, Flatau, Seitz, zostali wierni radioterapji, inni, jak Bumm, powrócili częściowo do operacji.

Słów kilka o technice stosowania radu. Rureczkę z preparatem radowym, zawierającą około 100 mgr bromku radu, zaopatrzona w odpowiedni filtr, mający na celu zatrzymanie miękkich promieni alfa i beta, przed włożeniem do krateru lub kanału szyi bądź macicy pokrywa ją jeszcze wyjałowionym paluszkiem gumowym, aby zapobiedz wtórnemu promieniowaniu metalu. Lekkie wytamponowanie pochwy utrzymuje rurkę *in situ* w kraterze, lekkie wytamponowanie tylnego sklepienia odsuwa odbytnicę od szyi macicy. Dobrze pomyślanym przyrządem do utrzymywania preparatu radowego w macicy jest przyrząd, podany przez Zandera w 115 tomie Archiv f. Gyn. Składa się z rurki złotej o grubości ściany 0.8 mm, długości 7 cm opatrzonej na dolnym końcu krążkiem, mogącym się unosić ku górze i opuszczać ku dołowi, zapomocą gwintu. Do rurki wprowadzonej do jamy macicy wkłada się jeden za drugim dwa preparaty radu po 50 mgr bromku radu, każdy w ten sposób aby obydwa preparaty dotykały się końcami. Dwa dodatkowe preparaty radowe umieszcza się na krążku przed częścią pochwową i cały przyrząd utrzymuje się *in situ* zapomocą ogrzanej masy wyciskowej używanej przez dentystów, masa ta, stygnąc, unieruchamia przyrząd i wypukła, lekko uciśnięta, tylne sklepienie, zabezpieczając tym sposobem odbytnicę przed ewentualną zgorzelą. Rurkę z radem pozostawia się w macicy na 24—48 godzin, po upływie 2—3 tygodni — a u Kehrera, który ma dotychczas jedne z najlepszych wyników, po upływie 4—6 dni, następuje druga serja, po takiej samej przerwie trzecia i ostatnia. Jeżeli odległość odbytnicy od szyi wynosi więcej niż 2 cm. Kehrer dodaje 4 i 5-tą serję. Ogólna dawka radu nie powinna przekraczać 72000 mlgr godzin (48×3×50) czystego radu, przy odległości zaś odbytnicy od szyi dochodzącej do 3 cm może do sięgnąć 12000 mgr (48×5×50).

Przy stosowaniu wysokich dawek radu łatwo powstać może przetoka odbytnicowo-pochwowa, jak się to istotnie niejednokrotnie zdarzało wskutek przedawkowania w pierwszych latach naświetlania.

W moim przypadku raka trzonu macicy u chorej 38-letniej — wprowadziłem do jamy macicy i szyi dwie rurki radu [1]), zawierające razem 110 mgr bromku radu na 48 godzin z przerwą 24-godzinną z wynikiem pomyślnym. Krwawienia i perjody ustały, macica skurczyła się, nastąpiło zupełne wyleczenie, trwające już 13 miesięcy.

Niedomagania poradowe, najczęściej notowane są następujące: bóle głowy, zawroty, bóle w stawach, brak łaknienia, pragnienie, nudności, wymioty, nerwowe zaburzenia, bezsenność, niekiedy lekka psychoza u psychopatów. We krwi wskutek naświetlania narządów krwiotwórczych (kości miednicy, bioder i gruczołów chłonnych) stwierdzono lekką leukocytozę i zwiększenie ilości wielojądrzastych neutrofilów oraz procentowy spadek limfocytów; liczba czerwonych krwinek spada również w umiarkowanym stopniu, to samo odsetek hemoglobiny. Po upływie 2 miesięcy zmiany we krwi ustępują.

[1]) Własność kol. Węckowskiego, który posiada 143 mgr radu.

Wyniki wyłącznego naświetlania raka macicy radem są zależne od stosowanej techniki. Döderlein miał po stosowaniu radu lepsze wyniki, niż po operacji. Na 204 przypadki naświetlania raka szyi macicy radem uzyskał absolutne wyleczenie w 40 przypadkach. Operacja wobec 105 przypadków nadających się do zabiegu dałaby mu trwałe wyleczenie zaledwie w 33 przypadkach.

Bumm po radzie miał 25% absolutnego wyleczenia, odsetek nieco niższy, niż po operacji, która daje mu 28,6% wyleczeń bezwzględnych. Kehrer — 22%. W przypadkach raka macicy już nienadających się do operacji, ilość trwałych wyleczeń waha się między 4—16% (Weinbrenner, Adler).

Aby poprawić wyniki wyłącznego naświetlania radem, w ostatnich czasach w wielu klinikach obcych stosują w raku szyi, obok radu lub wyłącznie naświetlania promieniami Roentgena, wychodząc z założenia, że wobec znanego prawa fizycznego zmniejszania się natężenia światła w kwadratowym stosunku do odległości, wyspy rakowe i gruczoły, dalej ponad 5 cm od źródła światła położone otrzymują po naświetlaniu radem zaledwie dawkę podrażniającą miast doszczętną. To ostatnie zadanie, to jest skuteczne naświetlanie przymacicza i gruczołów na ścianie miednicy położonych, mogą wykonać promienie Roentgena.

W leczeniu nawrotu po operacji raka i po naświetlaniach zapobiegawczych pooperacyjnych, rentgenoterapja występuje bezsprzecznie na plan pierwszy, wykazując ogromną przewagę nad curieterapją, rad bowiem po operacji doszczętnej w braku centralnie położonego wydrążonego narządu, t. j. szyjki i trzonu macicy, może być obecnie umieszczony w sklepieniu znacznie skróconej po operacji pochwy. Tym sposobem odległość radu od ścian miednicy zwiększa się, co z kolei czyni niewystarczającem działanie promieni gamma na rakowato zwyrodniałe gruczoły, obok naczyń położone.

Przez naświetlanie pooperacyjne promieniami Roentgena przypadków raków szyi w klinice Bumma udało się Warnekrosowi podnieść, podobno, odsetek wyzdrowień trwałych z 35,7% na 71,8 t. j. w dwójnasób.

Streszczam uwagi moje o stosowaniu radioterapji w ginekologji, w następujących zdaniach:

1. Radioterapja jest najwłaściwszą metodą leczniczą we włókniakach macicy.

Odsetek włókniaków, wymagających operacji, nie przekracza 10—20%.

2. Curieterapja włókniaków przy jednakowych mniejwięcej wynikach leczniczych ma wyższość nad rentgenoterapją dzięki ogromnej prostocie techniki, słabszym objawom ubytkowym, szybszemu działaniu — nie nadaje się jednak do leczenia guzów, sięgających ponad pępek.

3. W leczeniu raka macicy wyłączne stosowanie promieni radu w niektórych klinikach dało wyniki nieustępujące wynikom operacyjnym, a nawet przewyższające te ostatnie (Döderlein).

4. Curieterapja jest niezastąpionym środkiem w leczeniu raków macicy, nienadających się do operacji, wykazując od 4—16% trwałych wyleczeń.

5. Do naświetlania zapobiegawczego po doszczętnej operacji raka macicy oraz do leczenia nawrotów nowotworu więcej się nadają promienie Roentgena.

6. Ani curieterapja ani rentgenoterapja nie wypowiedziały jeszcze ostatniego słowa. Przy porównywaniu radioterapji z wynikami operacji, której technika doskonaliła się przez lat dziesiątki, pamiętać należy, że stoimy raczej na początku racjonalnego stosowania obydwóch postaci energji promiennej. Jeżeli udało się wzmocnić natężenie promieni wgłąb bez uszkodzenia zdrowych tkanek lub uczulić komórkę rakową na działanie promieni, to dodatnie wyniki naświetlania tych nowotworów mnożyć się będą w szybkiem tempie. Jedno i drugie zadanie leży w granicach możliwości.

7. Pomimo stosunkowo pomyślnych wyników radioterapji raków macicy, większość ginekologji stoi dziś jeszcze na stanowisku operowania raka trzonu oraz wczesnych przypadków raka szyi przy warunku ograniczenia zbytniego radykalizmu w wykonywaniu zabiegu operacyjnego w celu zmniejszenia wysokiej śmiertelności bezpośredniej i następczego naświetlania pełną dawką rakową promieni Roentgena ewent. radu. Z materjału operacyjnego należy wykluczyć chore, u których podeszły wiek, choroby serca i naczyń, otyłość już z góry każe się spodziewać zejścia niepomyślnego.

8. Należy jak najenergiczniej zwalczać t. zw. »dzikie« naświetlania raków czy to niedostateczną ilością preparatu radowego, czy to słabemi dawkami promieni Roentgena, które, zamiast niszczyć doszczętnie komórki rakowe, działają jako dawki podrażniające, pobudzają raczej do szybszego bujania komórek nowotworowych i tym sposobem dyskredytują w opinji lekarzy i chorych całą radjoterapję nowotworów, tę niezaprzeczenie potężną zdobycz lat ostatnich.

Dr. EUGENJUSZ TRYJARSKI. Warszawa.

Szczęka sztuczna w jamie nosowogardłowej.

Przypadek ciała obcego, usuniętego z jamy nosowogardłowej, jaki mam zamiar poniżej opisać, aczkolwiek z dziedziny laryngologji, należy jednak do kategorji tych, które winny zainteresować szerszy ogół lekarzy.

W końcu 1920 r. zgłosiła się do mnie chora pani H., lat 29, z Kielc ze skargami na nieżyt cuchnący nosa, trwający już około pół roku. Chora, nadmieniam, należy do inteligencji; epileptyczka, słabo rozwinięta fizycznie. Rozliczne zabiegi, jako to pędzlowanie błony śluzowej nosa, przemywanie etc. nie dały pożądanego rezultatu.

Powierzchowne badanie jamy nosowej nie przedstawiało nic osobliwego. Dopiero podczas pędzlowania rozczynem kokainy natrafiłem na przeszkodę w okolicy tylnych otworów nosa. Przy powtórnem badaniu jamy nosowej po ustąpieniu skurczu śluzówki nosa i po usunięciu śluzu z dna jamy nosowej, można było dostrzec z obu stron jakąś szaro-białą masę o twardej, gładkiej powierzchni, wklinowaną w tylne otwory nosa i zakrywającą je całkowicie. Badanie jamy ustnej i gardzieli nie przedstawiało nic osobliwego. Przy badaniu jamy nosowo-gardłowej w lusterku rzuca się w oczy jakaś czerwona masa, wypełniająca jamę, o gładkiej, połyskującej powierzchni; tylne otwory nosa były całkowicie zakryte przez tę masę. Przyszły mi na myśl zęby sztuczne. Na moje zapytanie w tym kierunku chora po namyśle odpowiedziała, że istotnie przed mniej więcej pół rokiem zginęły jej sztuczne zęby podczas ataku epileptycznego, lecz ani poszukiwania w mieszkaniu, ani badanie lekarskie, ani nawet prześwietlanie promieniami R. całego kanału pokarmowego nie dały pożądanego rezultatu. Powyższe dane potwierdziły moje przypuszczenia. Na drugi dzień w obecności jednego z kolegów i przy pomocy felczera szczękę usunąłem po znieczuleniu nosa i jamy nosowo-gardłowej 20% rozczynem kokainy z adrenaliną. Szczęka była ustawiona w poprzek jamy nosowo-gardłowej, obejmując haczykiem ujście lewej trąbki Eustachjusza. Po odchyleniu hakiem przez pomocnika tylnego prawego łuku uchwyciłem korncangiem wystający brzeg kauczukowego podniebienia i, nadając stopniowo szczęce położenie pionowe, zęby usunąłem. Rozmiary szczęki są następujące: wymiar poprzeczny — 4 cm, podłużny — 2 cm, wysokość samych zębów 1 cm, 4 zęby razem w poprzecznym wymiarze 3 cm. Naturalnie, w kilka dni po zabiegu nieżyt cuchnący ustąpił.

Mimowoli nasuwa się pytanie, czy istotnie chora nie zdawała sobie sprawy przez tak długi czas z obecności w jamie ciała obcego tak znacznych rozmiarów? O ile można wnosić z wywiadów, istotnie — nie. Sprawa ta bowiem dotyczyła chorej, cierpiącej na padaczkę, co mogło powodować pewne znieczulenie śluzówki; zresztą i lekarze po przeprowadzeniu szeregu badań mogli utwierdzić ją w tem przekonaniu, że ciała obcego tam niema.

W dostępnem mi piśmiennictwie (*Centralblat für Laryngologie etc.*) nie spotkałem podobnego przypadku, z wyjątkiem przypadku Eulenstejna w 1898 r., w którym autor stwierdził u 21-letniego mężczyzny kawałek żelaza długości 6 cm, szer. 1 cm i usunął go po 12 latach dolegliwości. W innych przypadkach, zresztą dość rzadkich, spotykano ciała obce w jamie nosowo-gardłowej zazwyczaj u dzieci i to ciała znacznie mniejszych rozmiarów.